



**Universidade de
Aveiro
2010**

Departamento de Didáctica e Tecnologia
Educativa

**Cátia Filipa Guedes
de Campos**

**Relação Supervisiva no Processo de Morte em
Pediatria: Ajudar os que ajudam a lidar com a morte
de uma criança**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Pereira, Professora auxiliar com agregação do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro.

o júri

presidente

Prof. Doutora Maria Helena Gouveia Fernandes Teixeira Pedrosa de Jesus
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque
professor adjunto da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu

Prof. Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Quero agradecer aos meus pais, Manuel e Fernanda, e irmão, Rafa, por nunca duvidarem de mim e por me terem apoiado nas minhas decisões, certas ou erradas.

Agradeço também à Doutora Anabela Pereira pela orientação, dedicação, críticas e sugestões para que este trabalho pudesse ser realizado.

Ao Bruno pelo seu apoio incondicional, compreensão e paciência para as más disposições.

À Dra. Paula Vagos pela sua disponibilidade e amabilidade nos momentos de maior tensão.

À minha colega, amiga e *critical friend* Sandra que sempre me apoiou nunca me deixando desistir, mostrando-se sempre disponível para me ajudar em todas as contrariedades.

Agradeço também à minha amiga Bibia pela sua amizade e disponibilidade.

A todos um verdadeiro e sincero obrigada!

palavras-chave

Morte, supervisão clínica, desenvolvimento de competências em Pediatria

resumo

A Morte é o maior mistério da vida, o que mais nos faz pensar no sentido da nossa existência. Na área da saúde este tema é bastante contraditório uma vez que os enfermeiros são formados para cuidar. Embora cuidar seja também preparar para a morte, subentende-se que seja tão-somente promover a vida. Quando a criança é o nosso foco principal da morte, o tema torna-se ainda mais conflituoso e marcante uma vez que contraria o desenvolvimento de todo o ciclo vital, que pressupõe que todos nascemos, crescemos, tornamo-nos adultos e morremos.

A realidade é que os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo a cuidar de doentes que caminham para a morte, e sentem-se ansiosos, desconfortáveis e constrangidos, vendo-se muitas vezes forçados a distanciarem-se dos pacientes que se encontram a morrer.

Consideramos como objectivo principal deste estudo compreender de que forma a supervisão pode contribuir para o desenvolvimento de competências para lidar com a morte de uma criança. É um estudo de natureza correlacional descritiva em que a abordagem metodológica utilizada é quantitativa.

Foram aplicados questionários a 204 alunos de quatro Escolas Superiores de Enfermagem de diferentes zonas do país, e a 66 enfermeiros dos Hospitais de Aveiro e Pediátrico de Coimbra, sendo que a amostra é maioritariamente feminina. Os resultados obtidos permitiram concluir que os estudantes de enfermagem e os enfermeiros são pouco ansiosos, sendo que os estudantes têm um nível de ansiedade mais elevado do que os profissionais.

Verificamos também que não existem diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros e estudantes de enfermagem relativamente à valorização da supervisão clínica no desenvolvimento de competências para lidar com a morte de uma criança. Concluimos igualmente que são os enfermeiros que têm mais medo e preocupação em relação à morte do que os estudantes de enfermagem.

Consideramos ser pertinente um maior investimento na formação inicial dos enfermeiros, para que futuramente, a competência e confiança na prestação de cuidados, a doentes que se encontram em fim de vida, possa ser enriquecido e facilitado. Acreditamos também, que a aposta em acções de formação, ou mesmo reuniões, para a partilha informal de experiências vividas e sentidas no quotidiano profissional dos enfermeiros, constituem um determinante contributo, não só para a carreira profissional como também para a formação de carácter e personalidade do enfermeiro.

keywords

Death, clinical supervision, development of skills in Pediatrics

abstract

Death is life's greatest mystery, one that makes us wonder about the meaning of our existence as human beings. In health care, this subject is a matter constantly under great deal of discussion and contradiction, given that nurse's primary trainings concern caring, attention and vigilance towards patients. Despite of the fact that caring concerns also a preparation for death itself, we must consider that, simultaneously, it promotes life and well-being. Once that children are our main concern regarding death, the discussion matter becomes even more filled up with conflict and disagreement – it contradicts our natural social circle of growth as humans, which includes several steps: we are born, we grow, we reach adulthood and we all eventually die.

Truth is that nurses are, from all the health care professionals, the ones who spend more time taking care of patients at death doors, and for that reason, they experience anxiety, discomfort or constraint, forcing them, several times, to lengthen the distance between the nurse-patient relationship.

We have considered that the final purpose of this essay is to understand in what way clinical supervision may contribute to the development of skills to handle the death of a child. This is a descriptive correlational study in which the methodological approach used is essentially quantitative.

A survey was taken; 204 nursing students from four schools of Higher Learning in Nursing from different parts of the country were questioned; 66 nurses from the Hospital of Aveiro and the Paediatric Hospital of Coimbra. The majority of the people sampled were female.

Upon analyzing the obtained results, we can conclude that both the nursing students and the nurses suffer from low levels of anxiety, though students reveal to be more anxious than the trained professionals.

We also have verified that, statistically speaking, there are no significant differences between nurses and nursing students when it comes to valuing clinical supervision upon developing skills in order to handle a child's death. Furthermore, we add to conclusion the observation that nurses reveal a greater deal of fear and concern towards death when compared to nursing students.

In conclusion, we value the relevance of a more significant investment in the training of nurses, so that, the ability and confidence in health caring to terminal patients may be enriched and facilitated. Finally, we truly believe that enhancing formations or even meetings, providing opportunities to share, informally, personal experiences from our daily lives as nurses, are an important contribution, not only to our professional careers, but also to build up our personalities.

ECM – Escala de Competências para Lidar com a Morte de uma Criança
EMM – Escala do Medo da Morte de Collett-Lester
SFAP – Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos
STAI – Escala State-Trait Anxiety Inventory
STAI-T – Ansiedade-traço
STAI-S – Ansiedade-estado
UCIN – Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 2. MORTE.....	7
2.1. Definição de Morte.....	7
2.1.1. Morte Perinatal	8
2.1.2. Morte Fetal.....	8
2.1.3. Morte Neonatal	9
2.1.4. Morte na Infância	9
2.2. Perspectiva Histórica da Morte	10
2.3. Morte em Pediatria	12
2.4. Luto e Fases do Luto	15
2.4.1. Luto Patológico	20
2.5. Atitude do enfermeiro perante a morte.....	21
2.5.1. Sentimentos que acompanham o enfermeiro.....	28
CAPÍTULO 3. VINCULAÇÃO.....	35
3.1. Papéis da Família	36
3.1.1. Mãe	37
3.1.2. Pai	38
3.1.3. Irmãos.....	39
3.1.3. Avós	40
3.2. A perda de um filho.....	40
CAPÍTULO 4. COMUNICAR COM A FAMÍLIA.....	44
4.1. Comunicar a morte de uma criança	46
CAPÍTULO 5. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	51

5.1. Perspectiva Histórica	51
5.2. Formação em Enfermagem	53
5.3. Desenvolvimento de Competências em Pediatria	57
5.3.1. Aprender a prestar cuidados à criança.....	63
5.3.2. Espiral da Aprendizagem	66
5.4. Relação Supervisiva e Aprendizagens Significativas	70
5.5. Modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem.....	74
 CAPÍTULO 6. METODOLOGIA DO ESTUDO	81
6.1. Tipo de estudo.....	81
6.2. Objectivos do estudo	81
6.3. Questões de investigação.....	82
6.4. Hipóteses do estudo	84
6.5. Variáveis do estudo	85
6.6. Pré-teste	87
6.7. Amostra	88
6.8. Instrumento de colheita de dados	90
6.9. Estudo Psicométrico das Escalas	94
6.10. Procedimentos.....	104
6.10.1. Procedimentos do pré-teste	104
6.10.2. Procedimentos do estudo	105
6.10.3. Procedimentos éticos	107
6.11. Análise dos dados	108
 CAPÍTULO 7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	111
7.1. Caracterização sócio-demográfica.....	111
7.2. Caracterização sócio-profissional	114
7.3. Caracterização em relação à ansiedade.....	115
7.4. Caracterização em relação ao medo e preocupação face à morte	115

7.4.1. Testes de Hipóteses	116
CAPÍTULO 8. CONCLUSÕES.....	129
8.1. Principais conclusões	130
8.2. Sugestões.....	133
8.3. Implicações práticas	134
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
 ANEXOS	
ANEXO 1 – Instrumento de colheita de dados dos estudantes	
ANEXO 2 – Instrumento de colheita de dados dos enfermeiros	
ANEXO 3 – Cartas de autorização das instituições para aplicação do instrumento de colheita de dados	

Índice de Figuras

Figura 1 - Processo de <i>Mentorship</i> : a progressão do aluno	67
---	----

Índice de Quadros

Quadro 1 - Expressões que devem ser evitadas quando morre uma criança	49
Quadro 2 - Ciclo do processo de Supervisão Clínica de acordo com modelo de Nicklin	76
Quadro 3 - Distribuição da amostra de acordo com o género (N=10)	87
Quadro 4 - Distribuição dos enfermeiros e estudantes de enfermagem (N=270)	89
Quadro 5 - Distribuição da amostra de acordo com a idade (N=270)	90
Quadro 6 - Distribuição da amostra de acordo com género (N=270)	90
Quadro 7 - Análise da consistência interna dos itens do STAI-S. Inclui mínimo, máximo, média, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como o valor do α se apagado o item (N=270)	96
Quadro 8 - Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 2 factores (N=270) da STAI. Inclui valores próprios (eigenvalue); % variância explicada e acumulada	97
Quadro 9 - Análise da consistência dos itens da ECM. Inclui mínimo, máximo, média, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como o valor do α se apagado o item (N=270)	99
Quadro 10 – Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 6 factores da ECM (N=270) . Inclui % da variância explicada e % da variância acumulada.	100
Quadro 11 - Matriz de saturação dos itens da ECM. Inclui valores próprios (N=270)	101
Quadro 12 - Análise de consistência dos itens da EMM. Inclui médias, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como valor de α se apagado o item (N=270)	102
Quadro 13 - Análise de consistência dos itens da EMM. Inclui correlação item total corrigida, bem como valor de α se apagado o item em função do factor em que cada item está inserido (N=270).	103

Quadro 14 - Descrição da amostra de acordo com a idade em função da categoria profissional (N=270)	112
Quadro 15 - Descrição da amostra de acordo com características sócio-demográficas (N=270)	112
Quadro 16 - Descrição dos estudantes de enfermagem de acordo com o local onde foram aplicados os instrumentos de colheita de dados (N=204)	113
Quadro 17 – Descrição dos enfermeiros de acordo com o local onde foram aplicados os instrumentos de colheita de dados (N=66)	113
Quadro 18 - Descrição da amostra de acordo com características sócio-profissionais (N=270)	114
Quadro 19 - Estatísticas resumo da variável tempo de exercício profissional (N=66)	114
Quadro 20 - Estatísticas resumo dos estados de ansiedade dos enfermeiros (N=66)	115
Quadro 21 - Estatísticas resumo dos estados de ansiedade dos estudantes de enfermagem (N=204)	115
Quadro 22 - Estatísticas resumo para os factores da EMM (N= 270)	116
Quadro 23 - Resultado da aplicação do teste A-NOVA entre competência e religião (N=270)	117
Quadro 24 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação da EMM referente ao medo e preocupação em relação à sua própria morte e a competência para lidar com morte de criança (N=270)	118
Quadro 25 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação da EMM referente ao medo e preocupação em relação ao seu próprio processo de morrer e a competência para lidar com morte de criança (N=270)	118
Quadro 26 - Resultados da aplicação do teste <i>t</i> de Student para grupos independentes Factor género; pontuação total ECM	119
Quadro 27 - Matriz da correlação bivariada de Pearson entre a pontuação total da ECM e idade da amostra	120

Quadro 28 – Resultado da aplicação do teste A-NOVA entre ECM total e o estado civil (N=270)	121
Quadro 29 - Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes. Factor 2: Supervisão clínica; pontuação total ECM	121
Quadro 30 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação do STAI-T de enfermeiros e estudantes e a ECM total (N=270)	122
Quadro 31 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação do STAI-S de enfermeiros e estudantes e a ECM total (N=270)	123
Quadro 32 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação do STAI-T e o medo e preocupação em relação à morte (N=270)	124
Quadro 33 - Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o tempo de serviço e EMC total (N=66)	125
Quadro 34 - Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes. Factor formação; categoria (N=270)	126
Quadro 35 - Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes em função da pontuação total ECM (N=270)	127
Quadro 36 - Resultados da aplicação do teste A-NOVA para grupo dos enfermeiros em função da pontuação total ECM (N=66)	128
Quadro 37 - Resultados da aplicação do teste t para grupo dos estudantes em função da pontuação total ECM (N=204)	128

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

A iminência da morte deixa-nos inquietos e apreensivos, assim como aos pais de uma criança que vai morrer.

Desde o aparecimento da Humanidade que a existência é dominada por duas forças divergentes e, ao mesmo tempo, complementares: a vida e a morte. Mas embora a morte faça parte do ciclo natural da vida, ainda hoje, continua a ser encarada pela sociedade como tabu e como um dos maiores mistérios da vida, por vezes evitado e não compreendido, o que acaba por gerar medo e ansiedade.

Como tal, a morte e o medo da morte tornaram-se o inextinguível enigma da condição humana, o limite para o qual as sociedades e cultura têm procurado e sugerido respostas.

A verdade é que a forma de encarar e vivenciar o fenómeno da morte, bem como os “rituais” e práticas a ela associados, mudaram muito nos últimos tempos: se num passado ainda recente grande parte das pessoas morria em casa, normalmente rodeadas pela família e amigos, inseridos no meio de um clima de afecto, de atenção e de carinho, a realidade é que hoje a esmagadora maioria das mortes ocorre em Instituições de Saúde.

Já não somos mais socializados para os vários momentos do ciclo da vida, desconhecemos os sentimentos dos que partem e dos que ficam. Sem dúvida que nos distanciamos do sofrimento do outro, tentando com frases mais ou menos generalizadas e aprendidas evitar conhecê-lo.

A morte é parte da vida, e não absolutamente oposta a esta.

Se mal conseguimos falar da morte, somos ainda menos capazes de a entender. Contudo a busca deste entendimento inicia-se a partir do momento em que reflectimos as nossas práticas perante a morte e as circunstâncias que a envolvem.

A morte é uma questão que nos faz pensar nas prioridades da vida, fazendo-nos lembrar do quanto as relações familiares são realmente importantes.

Na nossa cultura a morte de um bebé surge como algo incompreensível e que contraria a ordem natural do ciclo e da “lei” da vida, por isso desencadeia

uma resposta natural à perda – o luto. As pessoas passam inevitavelmente por várias etapas onde surgem sensações intensas, que permanecem para todo o sempre, mas o mais importante é que a dor seja vivenciada, de forma a não ignorar os sentimentos, pois esta faz parte do processo de recuperação. A verdade é que a dor da perda de um filho vai acompanhar quem a vivencia durante toda a sua existência e só o tempo ajuda a aceitar e a lidar com essa dor.

Horta (1982) refere que a morte de uma criança é a mais monstruosa, a mais impossível, a mais cruel de todas as realidades, suscitando em todos um medo e ansiedade extrema.

Nós, profissionais de saúde, sentimos dificuldade não apenas em aceitar, mas também em lidar de forma adequada numa situação de morte, principalmente quando envolve uma criança e a sua família.

A realidade é que num hospital pediátrico, ou serviço de pediatria, se encontra um grande número de crianças com prognóstico grave ou em fase terminal, sendo a morte uma constante, e os profissionais de enfermagem ainda têm pouca preparação para lidar com doentes que se encontram na iminência da morte. Concordando com Santos (1996), para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, vivenciar na prática e cuidar de doentes graves ou em situação de morte eminente é um grande desafio. Trabalhar com o tema da morte é um desafio ainda maior quando se discute a morte de crianças.

O que muitas vezes é ensinado no curso é que o enfermeiro não deve expor os seus sentimentos e não se deve deixar envolver emocionalmente com a história do seu paciente uma vez que isso interfere no desenvolvimento da prática profissional e na própria vida pessoal. Mas o enfermeiro é o profissional que passa mais tempo ao lado do doente e da família, e como tal é o que tem o papel mais activo na identificação das necessidades do doente desde o diagnóstico até à sua recuperação ou morte, no entanto, não está preparado para todo o sofrimento que está inerente à própria doença e à aproximação da morte. De acordo com Oliveira (1999, pag.239) “*talvez admitindo a morte, o Ser Humano atenua a tristeza, diminua a dor e supere o sofrimento que daí advêm*”.

Embora os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, enfrentem a morte diariamente, independentemente da sua experiência

profissional e de vida, quase todos a encaram com sentimentos de incerteza, porque não sabem se estão a prestar todos os cuidados possíveis para o bem estar do doente, para prolongar a vida ou evitar a morte; sentimentos de desespero porque se sentem impotentes para fazer algo que preserve a vida do doente; e sentimentos de angústia porque não sabem como comunicar com os doentes e familiares.

No desenvolvimento da relação com o doente, neste caso com a criança que está a morrer, a Supervisão Clínica assume um papel fundamental para o progresso da qualidade dos cuidados e das práticas. Por ser um processo de formação e acompanhamento não só durante a formação inicial dos enfermeiros mas também no exercício da prática profissional, que tem como principal objectivo o desenvolvimento das competências pessoais e profissionais para a melhoria das práticas, não podemos negar que a Supervisão Clínica está definitivamente relacionada com o investimento na qualidade das práticas e proporciona a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em final de vida, através de um processo intrapessoal e interpessoal de formação profissional.

Neste sentido, a pertinência deste estudo parte da existência de uma lacuna relativamente à formação inicial dos enfermeiros, acabando por se reflectir futuramente na sua vida profissional, em relação ao desenvolvimento de competências e qualidade das práticas no processo de morte da criança, sendo a Supervisão Clínica o alicerce tanto para os estudantes como para nós enfermeiros para a melhoria dos cuidados e das práticas dos cuidados prestados às crianças em final de vida.

Abreu (2007) refere vários estudos que abordam a morte, como por exemplo Abrunhosa (1996) que estudou e identificou as problemáticas preocupantes a nível das representações e atitudes dos enfermeiros perante a morte, ou Dixe (1995) que estudou as atitudes dos enfermeiros perante momentos problemáticos, em que refere a ocorrência de situações assistenciais com fortes cargas emocionais muito perturbadoras para os enfermeiros, a realidade é que não existem estudos em Portugal no sentido de ajudar os enfermeiros que ajudam a lidar com a morte de crianças.

Considerando a existência de poucos estudos que exploram a experiência dos profissionais que cuidam de crianças que se encontram na fase final da sua curta vida, e uma vez que trabalhamos numa Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia em que a morte iminente é vista de um modo muito particular, é muito difícil encontrar estratégias no sentido de ajudarmos os pais/família neste processo, decidimos debruçar-nos sobre esta problemática para que possamos contribuir para o desenvolvimento de competências para quem lida diariamente com a morte.

Esperamos que com este estudo possamos ajudar as outras pessoas a não evitarem as crianças, que se sabe à partida que não há “esperança” para a sua situação, mas pelo contrário, a aproximarem-se delas para que as possam ajudar na última fase da sua vida.

Deste modo, no âmbito do Mestrado em Supervisão propomo-nos fazer uma investigação, em que o objectivo geral é compreender de que forma a supervisão pode contribuir para o desenvolvimento de competências para lidar com a morte de uma criança.

Este estudo encontra-se dividido em duas partes: revisão da literatura e contribuição empírica. Na primeira parte abordamos uma revisão bibliográfica referente ao tema em estudo, bem como às suas áreas principais, nomeadamente a morte, vinculação, comunicação com a família e supervisão clínica em enfermagem.

Na segunda, apresentamos o estudo empírico que irá ser realizado, encontrando-se este organizado em metodologia do estudo, bem como apresentação e discussão dos resultados e conclusões.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 2. MORTE

2.1. Definição de Morte

O percurso do conceito da morte tem evoluído ao longo dos tempos, tendo todos eles a preocupação de desmistificar esta etapa do ciclo de vida. Embora a morte seja única e vivida pela própria pessoa que morre, a sua imaginação opõem-se à noção que temos da vida.

Para Conde (1984, pag.219) “(...) a morte é o fim, o vazio, o rio sem regresso”.

De acordo com Dicionário Universal da Língua Portuguesa Mais Gramática (2000) temos um conceito generalista em que morte é o “*acto de morrer; fim*”.

Segundo a Nova Enciclopédia Portuguesa (1991), morte é “*cessação irreversível da vida, pela paragem definitiva de todos os processos vitais do organismo (...). A hora da morte é estabelecida pela paragem das funções vitais da circulação, respiração e reactivas nervosas*”.

Segundo Roper (1995, pag.416), morte “*é o acto final da vida, sendo a morte o que marca o final da vida sobre a terra, da mesma forma que o nascimento marca o seu início*”.

A morte pode ser encarada sob uma perspectiva filosófica como fica explícito na citação de Carreiras et al. (2002, pag.22) quando referem que a “*morte realiza e concretiza todo o esforço da vida do filósofo. A alma liberta pode contemplar ideias, o verdadeiro ser.*”

Para a tradição Judaico-Cristã “*a morte é considerada uma passagem para um estado diferente. A vida, o sofrimento, a doença e a morte são locais de passagem, tempo de aprovações*” (Carreiras et al., 2002, pag.22).

Na tradição Budista “*a morte não é o fim da vida, mas sim o fim de uma ilusão, o fim de libertação de um sofrimento, do encadeamento das causas e dos efeitos.*” (Carreiras et al, 2002, pag.22).

O que é certo é que independentemente do contexto em que nos encontramos, evita-se falar sobre o assunto reprimindo sentimentos, “*esconde-se*”

o corpo, os velórios nocturnos desaparecem, a cerimónia é abreviada; as pessoas mantêm-se distantes, pouco participativas assumindo o desgosto e a tristeza a título individual.

Torna-se deste modo pertinente, acreditar que a morte é um processo biológico, natural e necessário. Pensar-se que a morte é o contrário de vida não é correcto. A morte é uma condição indispensável à sobrevivência e é nela que a vida se alimenta e se renova.

Canavarro (2006) considera os seguintes conceitos de morte:

2.1.1. Morte Perinatal

A morte no período perinatal compreende o tempo que decorre entre as 20 semanas de gravidez e os 7 dias após o nascimento, mas pode englobar o período desde a fecundação até aos primeiros 28 dias de vida (Biscaia 1996, citado por Canavarro, 2006).

No período perinatal distinguem-se diferentes tipos de perdas, como a *morte fetal* e a *morte neonatal*. Cada uma destas perdas está intimamente associada a vivências diferentes, mas todas implicam reacções emocionais que dependem da interacção dos diferentes intervenientes, nomeadamente os pais, o bebé e os outros.

2.1.2. Morte Fetal

O conceito de morte fetal refere-se complicações obstétricas durante o último trimestre da gravidez, embora actualmente sejam cada vez mais raras. Corr, Nabe e Corr (Canavarro, 2006) consideram que este conceito se estende até ao parto, abrangendo a morte do bebé durante o mesmo. Apesar de não haver relação entre o tempo de gestação e o sofrimento pela perda de um filho, normalmente as perdas ocorridas no último trimestre da gravidez são as mais

dolorosas e traumatizantes para a mulher. Este factor deve-se à maior percepção física do bebé devido aos movimentos fetais, à ligação da mãe com o feto e à idealização da prestação de cuidados.

2.1.3. Morte Neonatal

Mortalidade neonatal é a que ocorre no lactente com tempo de vida inferior a 28 dias, e mortalidade pós-natal compreende-se como a morte que ocorre nas crianças com idades compreendidas entre os 28 dias até aos 11 meses (Hockenberry et al, 2006).

As principais causas de morte neonatal estão directamente relacionados com problemas de saúde como os problemas inerentes à prematuridade, ao baixo peso à nascença, anomalias congénitas, a morte súbita, entre outros.

Segundo Canavarro (2006), este é um problema complexo e multifacetado, porque se por um lado os pais se deparam com um filho que necessita de cuidados especiais em meio hospitalar, por outro é sempre um turbilhão de incertezas sobre a sobrevivência do filho, as sequelas, as intervenções médicas, o tempo de permanência na unidade hospitalar, o que torna uma experiência bastante difícil e dolorosa para os pais.

Apesar da diminuição constante e significativa na mortalidade neonatal, o número de óbitos, ainda é proporcionalmente alto quando comparado com as taxas de mortalidade em outras idades Hockenberry et al (2006).

2.1.4. Morte na Infância

O conceito de morte na infância compreende a morte de crianças com idade superior a um ano. A maioria das vezes acontece acidentalmente e por ferimento. Segundo Hockenberry et al. (2006) o padrão de mortes causadas por ferimentos não intencionais, nomeadamente acidentes de carro, afogamento e queimaduras, é consistente nas sociedades ocidentais. Felizmente, estratégias de prevenção, como o uso de acessórios de segurança para veículos automotores,

capacetes para bicicletas, entre outros, resultam numa redução significativa destas fatalidades.

2.2. Perspectiva Histórica da Morte

Como fazendo parte da vida é indispensável falar da morte, tentando encontrar as palavras capazes de aplanar esta realidade incontornável. Ao falar-se dela, é importante recuar aos tempos mais longínquos e conhecer a forma como a mesma era encarada e a sua evolução ao longo das décadas.

Se retrocedermos no tempo, facilmente nos apercebemos que o carácter cerimonial da morte tem vindo a desvanecer-se. De acordo com Sampaio (*cit. in* Oliveira 1999), “*na Idade Média considerava-se essencial que o fim da existência tivesse o carácter de um acto público, onde não podiam faltar familiares e amigos (...). Nas civilizações industrializadas dos nossos dias, a morte é afastada dos meios familiares e ocorre na maioria dos casos em contexto hospitalar ou lar de idosos.*”

Antigamente as pessoas acreditavam em Deus sem nunca o questionarem, acreditavam na vida após a morte, que aliviaria as pessoas do seu sofrimento e da sua dor. Havia uma recompensa no Céu e, se tivéssemos sofrido muito aqui na Terra, seríamos recompensados depois da morte segundo a paciência e dignidade com que havíamos suportado o nosso fardo. O que é certo é que nos nossos dias já muito poucas pessoas acreditam na vida após a morte, talvez seja uma negação à nossa própria mortalidade (Pereira, 2006).

De acordo com Oliveira (1998), a morte foi em tempos encarada de uma forma muito diferente do que é hoje em dia. A morte era encarada não como um sinal de luto ou medo, mas sim uma “cerimónia pública” e simultaneamente familiar, próxima e atenuada.

Na opinião do mesmo autor, esta atitude mais aberta e simultaneamente menos pragmática em relação à morte foi-se alterando, devido principalmente ao Cristianismo, com o chamado *culto aos mortos*, que se deu início nas comunidades Africanas. Dai resultou a trasladação dos mortos para a cidade, que

deixaram o campo e passaram a “instalar-se” nas igrejas que incluíam os cemitérios. Esta época caracteriza-se por uma consciência bem definida de que a vida era um caminho a percorrer para a morte, onde cada pessoa começa a pensar mais na sua morte, do que na dos outros.

Por volta do séc. XIII surgiu uma grande mudança dos costumes funerários. Até ao séc. XII, na França Meridional e em Itália, os mortos eram transportados directamente nos sarcófagos de pedra, onde iriam ser enterrados com o rosto a descoberto. A partir do séc. XIII o rosto do morto é oculto aos olhares, ou porque o corpo é cozido na mortalha, ou porque é encerrado num caixão de madeira ou chumbo. O caixão já fechado era ainda coberto por um *pallium* (pano mortuário) e também por um patíbulo de madeira, que após o séc. XVII o denominamos de cadafalso. Esta situação só veio alterar-se no século XVIII, o denominado século das Luzes e do Racionalismo voltando a dominar a morte do outro, chorada e dramatizada, considerando a morte como uma ruptura brutal com a vida, coisa impensável e interdita (Ariès, 2003).

No séc. XIX, segundo Carmona e Pita (2004) e Laureys (2005) dá-se conta do aparecimento do medo de ser enterrado vivo, associado a pavorosos relatos e contos, como é o exemplo de Edgar Allan Poe, acabando mesmo por ser arquitectado um sistema que pretendia prevenir o enterro de pessoas ainda vivas. Este sistema permitia à pessoa enterrada assinalar que ainda estava viva, ao içar uma bandeira ou tocar uma campainha, que estavam colocados à superfície, através de um tubo que estava directamente ligado ao caixão. Este mecanismo podia ser alugado por uma pequena quantia, em que passado um tempo, no qual a reanimação já não era possível, o sistema era retirado e aplicado noutra caixão.

É, no entanto, a partir da II Guerra Mundial, que se dá a maior mudança na forma como se encara a morte. O próprio lugar onde se morre, passa a ser diferente, uma vez que o doente passa a deixar a sua casa para morrer no hospital, tornando-se, deste modo, a equipa hospitalar a ser o substituto da família. Nas sociedades industrializadas, deixaram de ser importantes as romarias no cemitério, crescendo a importância da incineração, com o objectivo de esquecer o corpo. Procura-se disfarçar a morte o mais possível, vestindo os mortos como os vivos, maquilhando-os e abolindo o luto (Pereira, 2006).

Assistiu-se durante séculos e milénios à supremacia da morte, sendo o Homem o senhor da sua, em que se foi apercebendo atempadamente da sua visita. Esta atitude exigiu que a morte acontecesse quando o doente não tinha conhecimento da sua doença, devido à sociedade vigente, na qual o sofrimento e a morte não podem ter lugar.

Oliveira (1998) dá-nos conta ainda de outro aspecto, o prolongamento da vida nos hospitais, nos quais se passou a morrer, com os doentes quase esquecidos de tudo e de todos e no qual se assiste a uma maior responsabilidade por parte dos profissionais de saúde no sentido de prolongar a vida do doente.

Cada vez mais se tem assistido à contestação de todo o silêncio que rodeia o tema da morte e a transforma num tabu, tendo como objectivo encarar a morte de uma forma mais dinâmica (Pereira, 2004)

Apesar de todos os avanços tecnológicos, a ciência continua a debater-se com a impossibilidade de encontrar soluções capazes e definitivas para a morte. Continuará a ser o seu paradigma inalcançável, onde a sociedade se sente como que envergonhada perante a impotência e onde a técnica se vê ultrapassada.

2.3. Morte em Pediatria

Num serviço de pediatria e unidade de cuidados intensivos a morte, é um acontecimento frequente, o que altera a ordem natural da vida, que pressupõe que os pais morrem primeiro que os seus filhos. Como tal, a morte de uma criança é vista como uma acontecimento inesperado e antecipado o que faz os profissionais de saúde aceitarem mais facilmente a morte de um idoso do que a de uma criança.

Embora muitas vezes a morte de uma criança seja inevitável, o trabalho do enfermeiro não cessa por aí, uma vez que a família necessita de todo o apoio, cuidado e atenção para que possa vivenciar este momento de forma equilibrada.

Quando pensamos o cuidado no processo da morte de uma criança, não podemos descurar a situação da família nesse momento, pois esta experiência é vivenciada intensamente por todos os seus membros, que necessitam de

bastante atenção. Segundo Poles (2006) enquanto o cuidado estiver somente virado para a criança, as necessidades da família não serão tomadas em conta, principalmente quando têm necessidade de expor os seus sentimentos.

Quando o enfermeiro se depara com a morte da criança é quando toma consciência que, apesar de todos os esforços depositados, estes são inúteis pois a criança não irá sobreviver.

A morte de uma criança é um momento marcante pois, é a partir deste, que o enfermeiro reconstrói o seu conceito de morte e o seu papel como enfermeiro. É uma situação que provoca uma sensação de impotência, frustração, tristeza, dor e angústia na equipa de enfermagem.

Lopes, Camargo e Furrer (1999) referem que a criança e o adolescente precisam de morrer bem, ou seja, devem morrer sem dor, acompanhados das pessoas que amam, dando um sentido à sua existência até ao fim, recebendo o acompanhamento adequado bem como a sua família.

No momento em que os enfermeiros se defrontam com a criança que está em fase terminal, ou numa situação aguda em que a morte é destino certo, tentam desempenhar as suas tarefas da melhor forma possível, tentando sempre apoiar e confortar a família, embora por vezes seja bastante complicado devido à “pressão” psicológica.

Compete então à equipa de enfermagem criar uma atmosfera que possa conceder um cuidado físico seguro e não traumático à criança, aplicando esforços para identificar e atender as necessidades dos pais e irmãos, que devido ao impacto da doença grave da criança, também necessitam ser socorridos.

Os profissionais de saúde devem preparar os pais para que compreendam a morte esperada, ou inesperada. Verifica-se que quando a morte da criança ocorre em meio hospitalar e na ausência dos pais, o impacto da perda é muito mais doloroso e têm bastantes implicações psicológicas. Segundo Whaley e Wong (1999, p.214) *“é muito importante que eles sejam incentivados a segurar o seu bebé antes da morte e se possível estar presentes no momento, de modo que o bebé faleça nos seus braços, se eles assim optarem. Muitos que negam a necessidade de segurar o bebé mais tarde se arrependem dessa decisão. Aos*

pais deve ser facilitada a oportunidade de ver, tocar, segurar, acariciar, examinar e falar com o seu bebé a sós depois da morte”.

Ao compartilhar a morte de uma criança, o enfermeiro passa a fazer parte do processo vivenciado pela família. Pode ser uma participação íntima, em que o enfermeiro se sente acolhido pela família e existe um consolo recíproco, ou pode ser uma participação puramente física e distante quando o enfermeiro se tenta resguardar temendo a reacção da família (Poles, 2006).

É importante que o enfermeiro demonstre disponibilidade e atenção tentando ir ao encontro das necessidades dos pais.

É importante que a família da criança sinta que a pode ajudar a recuperar, ou caso não seja possível, que a possa acompanhar até à fase final da sua vida.

Dentro da área da Pediatria, o enfermeiro tem de ter conhecimentos sobre as fases do luto, para poder antecipar as necessidades dos pais e família, favorecendo um ambiente sem juízos de valor onde a mãe/casal/família possa expressar sentimentos e emoções, tomando decisões baseadas nas suas próprias necessidades. Se a situação da família não for valorizada não se pode ajudar a criança com eficácia, como tal, o enfermeiro deverá estar presente tentando interpretar e compreender as necessidades da família e da criança.

A partir das vivências que os enfermeiros vão obtendo no seu ambiente de trabalho, acabam por criar barreiras de defesa para esses momentos, como por exemplo o afastamento da criança e da sua família.

Papadatou (1997) entende que os profissionais de saúde sentem a morte da criança como um fracasso triplo: primeiro porque não tiveram o talento ou habilidade para salvar a vida daquela criança; segundo, como adultos que são, não conseguiram proteger a criança das complicações e atrocidades da sua curta vida; e terceiro, porque sentem que traíram a confiança dos pais que lhes confiaram o seu bem mais precioso.

2.4. Luto e Fases do Luto

Embora o luto seja universal, a forma como é exteriorizado e vivenciado pode variar, consoante a cultura, a sociedade que lhe atribui regras, cerimónias e rituais, de forma a integrar a morte, o processo de luto e o luto.

O processo de luto é bastante doloroso e as expressões de pesar e dor são inevitáveis, sendo comuns sintomas como depressão, ansiedade, culpa, raiva, entre outros. É um processo instável, complexo e desordenado uma vez que passa por várias fases que coexistem com maior predomínio de uma ou outra, dependendo do momento e da circunstância. Existem diversos autores que referem que os períodos de luto variam de tempo, não existindo um consenso, havendo mesmo quem refira até dois anos, dependendo se o luto é ligeiro ou profundo, imediato, breve ou parecer não ter fim. Há propostas quantitativas que se referem ao tempo de duração do luto: até 6 meses seria considerado luto normal, e após esse período, o luto seria considerado patológico. Mas há autores que defendem também a qualidade da dor, as funções psicológicas afectadas pelo luto em cada ser humano.

Considera-se que a fase de luto está ultrapassada quando a dor intensa é substituída pelo investimento em novas situações e actividades.

Quando morre uma criança, a sua família e amigos entram num processo de luto, para que se possam adaptar à perda e a todas as mudanças que isso implica. O que acontece é que, tal como nos diz Rebelo (2007), todos os sentimentos de bem-estar físico e emocional em relação a alguém que nos é querido terão de desaparecer, terão de sair de nós.

O período de sofrimento e dor, devido ao luto por uma perda, é normal, como tal deve ser encarado como necessário e saudável.

Segundo Rebelo (2007), *“o luto não é só uma calçada que desce na nossa vida. Passado algum tempo, gradualmente, vamos recuperando a energia para as actividades normais do quotidiano”*. Depende da exigência do espírito de cada pessoa para se libertar de todos os laços que tinha com o ente querido para que possa retomar a sua alegria e felicidade da vida.

Twycross (2001) apresenta as seguintes fases do luto:

- Choque, entorpecimento e descrença;
- Separação e dor;
- Desespero;
- Aceitação;
- Resolução e reorganização.

Choque, entorpecimento e descrença

Quando alguém morre há sempre a sensação de que tal situação não aconteceu. Ao sentir a perda, a pessoa enlutada sente-se atordoada ou adormecida com uma angústia intensa, que se pode manifestar por agitação e alterações fisiológicas.

Nesta fase o indivíduo pode parecer que já aceitou a perda, mas na realidade ainda não a interiorizou.

Separação e dor

O choque e o entorpecimento dão lugar a sentimentos violentos. A pessoa enlutada tem a sensação de ter sido mutilada, de ter perdido uma parte de si. Nesta fase tem frequentemente alucinações, sonha com a pessoa que perdeu, e procura muitas vezes a pessoa falecida nos seus locais favoritos. A dor é vivida intensamente e manifesta-se através do choro.

Desespero

Esta fase ocorre quando o indivíduo interioriza o falecimento do ente querido. A pessoa enlutada compreende que a morte é irreversível, e que a pessoa falecida não voltará. Nesta altura sente uma grande tristeza e tem sentimentos de culpa, depressão, ansiedade, solidão, medo, hostilidade.

Aceitação

Progressivamente o desespero dá lugar à aceitação da perda. Há um progressivo desligar dos laços com a pessoa falecida e um reinvestimento afectivo. A aceitação é marcada por períodos de depressão e tristeza, no entanto estes sentimentos são menos intensos que nas fases anteriores. A pessoa enlutada começa a olhar para o futuro em vez de se concentrar no passado.

Resolução e reorganização

Com o passar do tempo são adoptados novos padrões de vida, sem a participação da pessoa falecida. Segundo Twycross (2001) *“eventualmente a pessoa em luto consegue recordar a pessoa falecida sem ser dominada pela tristeza ou por outras emoções e está pronta para reinvestir no futuro”*.

Para Canavarro (2006) as perdas vivenciadas pela mãe e pelo pai de uma criança geram respostas emocionais específicas, das quais se destacam as seguintes:

- **Afectivas:** sentimentos e emoções, como tristeza, solidão, culpa, raiva, ansiedade, apatia, choque, desespero, desamparo;
- **Comportamentais:** aspectos observáveis do comportamento, como: agitação, fadiga, choro, isolamento; evitar, ou propositadamente procurar, locais ou guardar objectos que lembrem a criança;
- **Cognitivas:** pensamentos que traduzem preocupações com a criança, sensação de presença da criança associada a alucinações visuais (ver o bebé) ou auditivas (ouvir o choro do bebé), baixa auto-estima, falta de memória, dificuldades de concentração;
- **Fisiológicas:** perda do apetite, insónias, queixas somáticas (por exemplo, dores abdominais, sensação de aperto no peito).

Normalmente estes sintomas começam logo após a morte da criança, no entanto tendem a diminuir de intensidade e desaparecem naturalmente com o passar do tempo. Como já foi dito, o período de sofrimento e dor característicos

do luto, é normal, como tal deve ser encarado como necessário e saudável.

Luto saudável é então como a aceitação da modificação do mundo externo, ligada à perda definitiva do outro e à consequente modificação do mundo interno e representacional, como a reorganização dos vínculos que permaneceram.

Como pudemos constatar, o processo de luto é apresentado em diversas versões, tendo como base os tipos de entes envolvidos no luto, como filhos, pais, esposos e avós entre outros. Bowlby (1997) centrou o seu interesse na ruptura do vínculo da criança com a sua mãe. Questionou fenómenos clínicos como o excesso de dependência, a ansiedade da separação, a depressão e a defesa. De acordo com Bowlby (1997), há uma relação causal entre distúrbio psicológico e separação ou perda ocorrida em alguma fase da vida.

O autor levanta os seguintes aspectos que podem afectar o processo do luto e que facilitam a evolução para um luto patológico:

- a. Idade e sexo do enlutado;
- b. Idade e papel da pessoa que foi perdida;
- c. As causas e circunstâncias da perda;
- d. As circunstâncias sociais e psicológicas que afectam o enlutado, na época e após a perda;
- e. A personalidade do enlutado, com especial referência à sua capacidade de amar e responder a situações stressantes.

A exacerbação dos processos presentes no luto normal, com uma duração muito longa e com características obsessivas, configura um processo patológico.

As fases do luto segundo Bowlby (1997) são as seguintes:

- **Entorpecimento** - Dura algumas horas a uma semana e é uma fase permeada por explosões de aflição e/ou raiva extremamente intensas.
- **Anseio e busca da figura querida** - O mundo parece vazio e desprovido de sentido, embora a auto-estima permaneça intacta. Caracterizada pela preocupação com a pessoa perdida, agitação física, choro, raiva e pela necessidade, por parte da pessoa enlutada, de estar

nos lugares que a pessoa falecida frequentava ou gostava de estar. É uma fase que pode durar entre vários meses a anos.

- **Desorganização e desespero** – Caracteriza-se pela agitação e desorientação. Surge um aumento de preocupação somática, retraimento, introversão e irritabilidade, em que é um frequente reavivar de memórias. É o início do processo de elaboração do luto saudável, onde a pessoa enlutada se começa a consciencializar da real perda e da irreversibilidade dos factos.
- **Reorganização** - Momento no qual a tristeza vai dando lugar à aceitação e ao restabelecimento da rotina normal da pessoa enlutada. Com o estabelecimento de novos companheiros, objectos e objectivos, o luto retrocede e é substituído por memórias comprazidas. Ocorre a identificação saudável com o falecido.

Ao permitir que a pessoa enlutada consiga verbalizar, tanto quanto possível, os seus sentimentos e emoções em relação à pessoa falecida vai facilitar o processo de luto.

Quando se trata da morte de um filho, as consequências e as dificuldades de elaboração do luto, podem ser ainda mais intensas. Quando os filhos ainda são bebés, o luto dos pais torna-se ainda mais complicado: *"Infelizmente, não faltam provas de que a perda de um bebé pode dar origem a problemas sérios, tanto para pais, especialmente para mães, como para os outros filhos"* (Bowlby, 1998, p.127).

Existe uma intensa necessidade dos pais se lembrarem do seu filho morto, como se esquecê-lo fosse uma vergonha. Para os pais, fantasiosamente, quantas mais forem as lembranças do filho, maior é o seu contacto com ele, pois sentem que o não esquecimento lhes proporciona uma extensão do relacionamento (Savage, 1989).

Quando o luto é impedido, o resultado pode ser patológico. Segundo a pesquisa de Wolf (1970 referido por Klaus & Kennel, 1993), grande parte das mães que passaram por essa situação, queixaram-se das práticas hospitalares

que abafavam as respostas à perda e também sobre a impossibilidade de decidirem por si mesmas se gostariam ou não de ver e tocar o bebé morto. Em alguns hospitais, essa prática nem sequer é reflectida e o bebé é removido, sem autorização, ou conhecimento da mãe.

Os pais devem-se permitir e ser permitidos a expressarem sua dor através da melancolia, do choro, da revolta, da apatia, da insónia, entre outros, dentro desse quadro de normalidade. Todas estas reacções significam uma projecção da raiva, o que torna a dor mais suportável. Quando esta não acontece externamente, ocorre, então, internamente gerando depressão e ideias suicidas, com sentido de auto punição, sendo necessária uma intervenção terapêutica. (Savage, 1989).

2.4.1. Luto patológico

O luto patológico surge quando o processo de luto se torna mais severo e duradouro do que o que seria de esperar, ou seja, torna-se um processo de luto anormal. A pessoa enlutada não consegue vencer uma ou várias fases do processo de luto, desenvolvendo uma fixação no objecto de vinculação perdido.

Normalmente considera-se o diagnóstico clínico de luto patológico quando há sofrimento persistente, com pelo menos um ano de duração, a partir da data da morte.

O luto anormal pode apresentar-se de variadas formas, as quais vão desde o atraso do luto, ou mesmo da sua ausência, até ao luto intenso e prolongado, associado a condutas suicidas ou sintomas psicóticos.

Para Worden, referido por Rebelo (2003) as pessoas que realizam um luto patológico enquadram-se num conjunto de factores considerados de risco, como sejam os resultantes de:

- Uma perda inesperada;
- Presenciar situações terríveis em torno da perda;
- Isolamento social;

- Sentimentos de responsabilidade pela morte;
- Histórias de mortes traumáticas;
- Intensa dependência em relação à pessoa falecida.

Algumas das maiores manifestações de luto patológico são as depressões, sintomas de perturbação pós-stress traumático e outras perturbações ansiosas como raiva, sentimentos de culpa, alteração das relações interpessoais, alteração do discurso, idealização da pessoa falecida, negação ou identificação com o falecido, entre outras.

Muitos comportamentos de luto podem ser confundidos com manifestações depressivas. Mas apesar de se sofrer uma perda e de se atravessar um luto não significa que se vá, obrigatoriamente, manifestar uma depressão

O luto negado é também um comportamento de luto patológico uma vez que a pessoa enlutada se recusa acreditar na realidade da perda, não exprimindo qualquer reacção de luto no momento da mesma.

Também há pessoas que desenvolvem outras situações de luto patológico, nomeadamente aquelas que referem ver o morto ou afirmam ouvir a voz da criança perdida de forma persistente ou efémera.

O trabalho de luto é um processo bastante doloroso mas é importante que a dor seja vivida, não ignorando os sentimentos pois o processo de recuperação passa paralelamente por estes dois caminhos, ainda que surjam sensações intensas que pareçam permanecer para sempre.

Cabe aos profissionais de saúde estarem alerta para despistar situações patológicas que possam surgir.

2.5. Atitude do enfermeiro perante a morte

Segundo Santos (1996), para os profissionais de saúde, nomeadamente profissionais de enfermagem, vivenciar na prática e cuidar de doentes graves ou

em situação de morte eminente é um grande desafio. Esta é uma questão bastante difícil e delicada uma vez que todo o movimento do profissional de enfermagem vai de encontro ao bem-estar, à saúde e à vida.

As atitudes dos enfermeiros em relação à morte não dependem somente da experiência profissional ou de vida mas também da cultura, da religião e mesmo de personalidade de cada um. São fruto de uma multiplicidade de factores que se relacionam com aspectos pessoais, educacionais, socioeconómicos e espaço-temporais.

Como refere Fontes et al. (1995) a morte poderá ser encarada de diversas formas. *“Há quem a classifique como um castigo, alívio, injustiça, sono eterno, sendo para outros misteriosa ou aterradora”* (Fontes et al., 1995, pag.7). Para complementar a sua ideia, o mesmo autor, enumera alguns factores que influenciam a forma como a morte é encarada ou abordada, sendo eles:

- Religiosidade do indivíduo;
- Hábitos e crenças;
- Ritmo de vida e horário de trabalho;
- Experiência ou contacto anterior com doentes que caminham para a morte;
- Serviço em que trabalham.

Se, por um lado a enfermagem tem, através da prestação de cuidados, a finalidade de contemplar os indivíduos com uma assistência holística em todo o seu ciclo vital, tendo para isso, conhecimentos técnico científicos, por outro lado, a literatura aponta que os profissionais de enfermagem ainda demonstram dificuldades em situações que envolvem a potencialidade, a eminência e a configuração de morte. Com o intuito de reforçar esta ideia, Fontes et al. (1995) apontam para o facto de que embora a morte seja um acontecimento inevitável não significa que todos reajam da mesma forma, nem mesmo que a aceitem ou a compreendam.

Os enfermeiros, estando expostos à morte e ao pesar, têm necessidade, assim como o doente ou mesmo a sua família, de expressar a sua dor e o seu pesar.

Carreiras et al. (2002, p.23) afirmam que: *“pela relação de ajuda que estabelecem com os doentes, experimentam sentimentos de impotência perante a morte e têm dificuldade em gerir o processo de morrer daqueles que cuidam (doentes e familiares); os seus sentimentos e convicções pessoais em relação à morte afloram à consciência, o que os impede de ajudarem os doentes a morrer condignamente (...) ainda que bastasse a sua presença junto da pessoa moribunda, para que este tivesse uma morte mais digna”*.

Ribeiro et al. (1998) referem que os profissionais de enfermagem são os primeiros a lidar e a sentir a morte do doente, já que estes se tornam dependentes dos seus cuidados.

Por vezes, a necessidade de aliviar os sentimentos de tensão e/ou incómodo não são satisfeitos uma vez que os profissionais de saúde tenderão a “cobrir” as necessidades do moribundo. Consequentemente, Fontes et al. (1995) apontam para um certo número de sentimentos oriundos deste facto que são:

- Negação;
- Culpa e Frustração
- Racionalização
- Depressão
- Aceitação
- Stresse

Negação

Nesta primeira fase, o profissional de enfermagem quando aborda o doente foca a sua atenção para conhecimentos de índole profissional e causal, estabelecendo-se um contacto superficial e impessoal.

Nesta fase a morte é inaceitável, mantendo-se convicta a negação da mesma para assim evitar a angústia, recorrendo por vezes, a falsas esperanças.

Culpa e Frustração

Após tomadas todas as medidas para salvar o doente, a agonia do mesmo vai-se acentuando e o profissional de enfermagem sente-se culpado e frustrado.

À medida que se vê confrontado com a realidade da morte dos doentes, vê reflectido, deste modo, o espectro da sua própria morte.

De acordo com Fontes et al. (1995) são factores que contribuem para o desenvolvimento deste sentimento:

- Cansaço do enfermeiro em relação ao doente e família;
- A omissão ou informações incorrectas ao doente e família;
- Inexperiência do enfermeiro;
- Negligência profissional.

Racionalização

Esta fase está marcada pelo envolvimento emocional. O enfermeiro vê-se confrontado, perante a dor e o desgosto do doente, com a necessidade de ser forte e demonstrar autocontrolo. Esta é a fase das exigências que faz a si próprio uma vez que, ou aceita esta realidade eminente ou entra em stress.

Depressão

O enfermeiro apresenta sinais de preocupação relativamente à sua própria saúde. Projecta-se no doente e na sua patologia deixando-se levar pela angústia de também poder vir a sofrer no final da sua própria vida.

Aceitação

Nesta fase, o profissional de enfermagem deixa de apresentar sinais de depressão ou preocupação com a sua própria saúde ou morte física, vendo-se abrangido por uma sensação de liberdade emocional.

Fontes et al. (1995) alertam para o facto desta sensação de liberdade não significar que se deva manter a distância profissional entre enfermeiro e doente, mas sim de reconhecer nos profissionais de enfermagem que devem querer seguir actuando de forma útil.

Stresse

O enfermeiro mesmo que adopte mecanismos de defesa, não aceita a morte, poderá então enveredar por uma luta contínua entre os vários recursos que tem para enfrentar o problema.

Poderá apresentar um desgaste psicofisiológico que, segundo alguns autores, se traduz por uma patologia do foro psicossomático manifestado por cefaleias, perturbações gastrointestinais, oscilações emocionais, entre outros.

Estas manifestações poderão afectar as suas relações com outros doentes, com outros membros da sua equipa e inclusivamente com a sua própria família. Apoando-se em diversos estudos realizados, os autores supra referidos, verificaram que os factores emocionais relacionados com a morte e com doenças graves eram os que mais causavam stress aos profissionais de enfermagem.

Indo de encontro a esta ideia, SFAP (2000, p.43) acredita que será correcto *“aconselhar os que prestam cuidados a identificarem a parte afectiva que os pode fragilizar e ensiná-los a trabalhar com ela (...)”*.

Perante tais situações, o profissional de enfermagem sofre com as mesmas, mas este sofrimento parece ser mascarado pelo cumprimento das rotinas.

Estando impotentes para responder ao sofrimento moral dos doentes e culpabilizando-se por esse facto, vão criar estratégias de adaptação conscientes ou inconscientes, denominados mecanismos de defesa (SFAP, 2000).

Os mesmos autores apontam como sendo os mecanismos de defesa dos profissionais de enfermagem: mentira, o fugir para a frente, a falsa segurança, a racionalização, o evitamento e, por último, a identificação projectiva

Tendo como base a fundamentação em SFAP (2000) procedemos de seguida a uma breve caracterização de cada um destes mecanismos de defesa:

Mentira

Este mecanismo, por um lado, permite ao profissional de enfermagem “sair” de uma situação geradora de angústia, mas por outro é muito prejudicial para o doente.

“É uma relação de verdade, numa caminhada passo a passo que respeite as capacidades de integração do doente, gera certamente um aumento progressivo de angústia mas evita provocar um efeito de choque induzido pela revelação brutal da gravidade da doença.” (SFAP, 2000, p.43)

Fugir para a frente

Este mecanismo de defesa consiste na revelação da verdade por parte do profissional de enfermagem sem ter em conta a solicitação e a maturidade psíquica do doente.

A Falsa Segurança

Consiste em manter uma esperança artificial no doente quando o mesmo não acredita.

A Racionalização

Trata-se de um mecanismo de defesa no qual o profissional de enfermagem evita envolver-se, na dimensão da sua relação com o doente, com recurso ao discurso técnico, hermético e incompreensível para o doente.

O Evitamento

Trata-se de um mecanismo de defesa do profissional de enfermagem que se manifesta, por um comportamento de fuga, de afastamento do doente enquanto indivíduo em sofrimento. Os profissionais de enfermagem ao desempenharem o seu papel ficam impossibilitados de manterem evitamento físico, mas encaram o doente unicamente como objecto de cuidados.

A Identificação Projectiva

Segundo SFAP (2000, p.44) *“(...) este mecanismo defensivo consiste em entrar numa proximidade relacional extrema que faz desaparecer toda e qualquer distância protectora”*.

Os mesmos autores referem que, o enfermeiro, quando tocado pela história do doente, tem tendência a identificar-se com ele, não sendo por vezes capaz de distinguir o seu sentimento do sentimento do doente.

O enfermeiro tenta proteger-se da sua angústia através de um mecanismo de projecção, o que faz com que “empreste” ao doente os seus próprios sentimentos e emoções. O enfermeiro ao identificar seus mecanismos de defesa, vai auto-ajudar-se uma vez que estes são uma resposta legítima à sua própria angústia.

De acordo com Ribeiro et al. (1998), *“a enfermagem é geralmente a primeira a lidar e sentir a morte do paciente, já que estes se tornam dependentes dos seus cuidados”*.

O enfermeiro tem o dever ético de zelar pelo doente, inclusivamente pelo seu corpo no pós-morte. A literatura qualifica terminologicamente como moribundo o doente terminal, sendo um consenso entre os diversos autores consultados que o enfermeiro, enquanto líder da sua equipa, necessita ter o conhecimento sobre o potencial de capacitação e entendimento de cada um dos seus membros para que assim possa gerir o cuidado e os seus conflitos de forma a que ninguém seja sobrecarregado ou induzido a prestar uma assistência para o qual não está preparado, e o paciente não seja receptor de uma actuação que não lhe traga benefício. Em relação ao gerir, a ideia é reforçada com o relato de Magalhães et al. (1995), que dizem ser o enfermeiro *“o profissional responsável por prever e prover os recursos materiais e humanos necessários para o atendimento ao paciente que vai morrer”*.

Quando um indivíduo internado numa unidade de cuidados intensivos morre, o seu corpo é submetido a uma preparação. Gonçalves (1995) afirma que quando isso ocorre, os profissionais de enfermagem procedem ao tamponamento, lavam o corpo, identificam, cobrem, enrolam-no considerando tais actividades como uma rotina de serviço. A literatura aponta a preparação do corpo como uma mescla de um ritual com seguimento de uma rotina e rigor técnico, consensualizando a ideia de que esta preparação segue a rotina estabelecida normalmente em função da

cultura social, e que esta actividade é realizada na sua totalidade pela equipa de enfermagem.

Sob esta óptica, pode-se compreender com exactidão a importância destes profissionais nesta fase da existência humana através de Santos (1996) ao afirmar consubstancialmente que a morte não é um acontecimento meramente biológico e sim um fenómeno social. Entender este fenómeno dentro desta perspectiva e especialidade incute ao profissional de enfermagem, e em especial ao enfermeiro, o dever de compreendê-lo num sentido mais amplo, onde sua prática seja um reflexo do seu entendimento através de uma abordagem ética, psicológica, filosófica, histórica, religiosa, cultural e jurídica sobre o que se faz e os seus resultados sobre os receptores deste fazer.

2.5.1. Sentimentos que acompanham o Enfermeiro

A sensibilidade, isto é, o sentir os sentimentos, pode por vezes surgir como uma situação ameaçadora, pelo facto de parecer impossível controlá-la. No entanto os enfermeiros que reprimem os seus sentimentos tornam-se incapazes de permitir aos outros expressar ou explorar os seus, pelo que o cuidar em enfermagem falha. Para Carvalho et al. (1994, p.238), *“o Enfermeiro que ajuda, que é cuidativo permite-se ser ele mesmo, apresenta-se de cara descoberta, sem máscara, sem se tentar esconder atrás do papel que desempenha”*.

Tal como nos diz Watson, citado por Carvalho et al. (1994, p.38) *“Ser humano é sentir e a maior parte das vezes, as pessoas permitem-se pensar os seus pensamentos, mas no sentir os seus sentimentos”* e *“que não é sensível aos seus próprios sentimentos, dificilmente será sensível aos sentimentos dos outros”*.

Emoções e sentimentos mantêm relações estreitas. Na linguagem corrente, emoção e sentimento são frequentemente utilizados um pelo outro.

De acordo com Damásio (1995, p.16) *“a essência de um sentimento (o processo de viver uma emoção) não é uma qualidade mental ilusória associada a um objecto mas sim a percepção directa de uma paisagem específica: a*

paisagem do corpo”, acrescenta ainda que os sentimentos juntamente com as emoções que os originam não são só um luxo, servem de guias internos e ajudam-nos a comunicar aos outros sinais que também os podem guiar.

Não é necessário termos a percepção daquilo que na realidade desencadeia as nossas emoções e na maior parte das vezes não temos, sendo mesmo impossível também controlá-las.

Damásio (2000, p.69-70) reforça esta ideia afirmando que *“travar a expressão de uma emoção é tão difícil como evitar um espirro. Podemos conseguir evitar a expressão de uma emoção em parte mas não totalmente. Aquilo que realmente conseguimos é a capacidade de disfarçar algumas das manifestações extremas da emoção (...) Podemos educar as nossas emoções, mas não suprimi-las completamente (...)”*.

Embora relacionadas, nem todas as emoções geram sentimentos, nem todos os sentimentos geram emoções.

Apesar da morte ser inevitável, não significa que todos reajam da mesma maneira nem mesmo que a aceitem ou compreendam. Todos temos dificuldades emocionais perante a morte. Quando um doente morre, temos de lidar com os nossos próprios sentimentos ao mesmo tempo que temos de cumprir com a nossa responsabilidade profissional de apoiar a família em luto.

Indubitavelmente, a morte é o acontecimento mais desgastante no quotidiano da vida hospitalar. O enfermeiro é aquele que mais directa e imediatamente sofre e sente quando alguém morre. Perante esta realidade, o enfermeiro constata que o saber-saber e o saber-fazer são insuficientes, sentindo-se vencidos. Ficam com o saber-ser que não é ensinado, adquire-se com a experiência do vivido no dia-a-dia, fruto de uma maturidade adquirida no decurso da vida profissional, concluindo que nem sempre é fácil conseguir o equilíbrio desejável entre as exigências profissionais/ técnicas e a sensibilidade humana.

Surgem, então, interrogações acerca da morte, dos sentimentos que ela desperta muitas vezes envolvidos em receio e até vergonha de divulgá-los para que não sejam criticados.

Relembremos aqui Hennezel (2000, p.172) *“Embora conviva com a morte há vários anos recuso-me a banalizá-la, vivi a seu lado os momentos mais intensos*

da minha vida. Conheci a dor de me separar de quem amava (...) mas não posso negar o sofrimento e, por vezes, o horror que rodeia a morte (...) Tenho, mesmo assim, a sensação de me ter enriquecido. De ter conhecido momentos de uma densidade humana incomparável, de uma profundidade que não trocaria por nada deste mundo, momentos de alegria e de doçura, por incrível que pareça”.

Se a morte surge como algo difícil de suportar e os sentimentos em relação a ela difíceis de analisar, urge promover espaços para diálogo multidisciplinar e intercultural de “educação para a morte” de modo a que cada um de nós possa exprimir e partilhar os seus sentimentos.

Reportamos aqui o exemplo cedido por Oliveira (1999, p.159) sobre o Winston’s Wish¹ *“estes grupos facilitam a aproximação e a intimidade entre as pessoas, ressocializam a dor e a morte e ajudam a recuperar a dignidade no morrer e no viver”.*

A forma como se percebe a morte, a atitude perante a morte e os sentimentos que origina em nós, tem muito a ver com o significado que a vida tem para cada um, a cultura a que pertence e a religião.

Morrer é um fenómeno pelo qual todos temos de passar um dia, cada Homem pensa na sua morte e na dos seus, mas cada um morre a sua morte. Não há igualdade perante a morte. Não se morre sempre da mesma maneira; não se concebe a morte em todo o lado de uma forma análoga.

A forma como se vive a morte, naturalmente varia de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família, de indivíduo para indivíduo. Dependendo destas variáveis, assim são as atitudes adoptadas perante a morte, as formas de viver o estar a morrer e mesmo as condições que se proporcionam para quem morre.

Se as culturas primitivas encaravam a morte como um acontecimento natural, acreditando que a vida se perpetuava depois da morte e investiam as mortes de maneira especial e supra-humana, a partir do século XIX permanece a ideia de morte como extinção definitiva, o que de alguma forma destruiu um sonho (Pereira, 2004).

¹ Programa de reflexão e diálogo onde cada pessoa se pode exprimir desinibidamente e partilhar sentimentos.

O sentimento de que existe um fim, choca com a sensação activa da onnipotência do Ser Humano. Segundo Kübler Ross (1998, p.6) “*o Homem sempre abominou a morte e provavelmente sempre a irá repelir*”.

Durante milénios, a morte era aceite como uma grande lei das Espécies, não se pensando nem em se esquivar nem em a exaltar, ela era encarada simplesmente como justa, tornando-se um momento solene no sentido de marcar a importância de uma das fases porque todas as vidas passam.

A atitude mantida de que a morte é próxima e familiar opõe-se muito à actual, em que a morte é geradora de medo, de tal forma que por vezes não nos atrevemos a dizer o próprio nome. Actualmente, não resta nada nem da noção que o Homem tinha de que o fim estava próximo, nem mesmo do carácter solene que caracterizava o momento da morte, transformando o que até então era conhecido, em algo a ser escondido, e o que era solene num facto ignóbil.

A partir do século XVII, o Homem ocidental dá um novo sentido à morte, exaltando-a e dramatizando-a, torna-a impressionante e dominadora. No entanto, já não está preocupado com a própria morte, esta é vista de uma forma romântica, importante é a morte do outro.

Oliveira (1999, p.51) diz-nos que “*o túmulo é visitado como se fosse a casa de um amigo sendo que a sua recordação lhes confere uma espécie de imortalidade*”.

No século XIX, assiste-se a manifestações que incluem o choro, os desmaios, o jejum prolongado, este exagero quer dizer que os sobreviventes aceitam pior a morte dos próximos que noutros tempos, temendo a própria morte.

Ziegler (1975, p.21) afirma que “*se a morte é apreendida pela inteligência, não é a sua própria morte que a consciência conhece. Ela não conhece senão a morte dos outros, e da sua, a angústia de ter de a defrontar*”.

A partir da segunda metade do século XIX, algo de essencial mudou na relação entre o moribundo e o seu ambiente, tornando-se todos cúmplices de uma mentira que começa então, e que, ao estender-se em seguida, vai empurrando a morte para a clandestinidade.

O moribundo e os que o rodeiam como diz Ariés (1989, p.311) *“desempenham entre si a comédia «nada mudou», de «a vida continua como antes», do «tudo ainda é possível”*.

No final do século XIX, a morte já não mete medo apenas por causa da sua negatividade absoluta, revolve o coração, como qualquer espectáculo nauseabundo. Uma nova imagem da morte está em vias de se formar: a morte feia e escondida.

No início do século XX é retirado à morte o seu carácter de cerimónia pública, passando a ser um acto privado, reservando o primeiro lugar aos próximos. Com o tempo a própria família foi afastada quando a hospitalização dos doentes terminais se tornou geral.

É certo, que morrer nunca foi verdadeiramente fácil, mas as sociedades tradicionais tinham o costume de rodear o moribundo. Este estava preparado para morrer, e dizia os seus últimos desejos e as suas recomendações até ao seu último suspiro.

No entanto, Kübler-Ross (1993, p.11-12) reporta-nos para a actualidade *“(…) hoje em dia, morrer é triste demais sobre vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano”*. Para esta morte solitária e impessoal muito contribui o facto do doente ser afastado do seu ambiente familiar, levando muitas vezes à escolha da hospitalização.

Não podemos dizer que o doente e família sejam acolhidos de uma forma óptima nos nossos hospitais. Ajudá-los faz parte do papel dos enfermeiros, este acompanhamento implica um investimento relacional, para o qual se sentem por vezes desarmados e vulneráveis.

Para melhor percepção do sentido que atribuímos quando nos referimos a sentimentos positivos e negativos, consideramos adequado neste espaço proceder ao seu esclarecimento.

Conferimos aos termos positivo e negativo, respectivamente a expressão agradável e desagradável.

Sendo assim, são considerados sentimentos agradáveis aqueles que provocam prazer, estimulando quem os sente a desfrutá-los (ex. alegria, serenidade, alívio).

Por outro lado, são considerados sentimentos desagradáveis aqueles que provocam dissabor, sendo deste modo um incentivo para a fuga, tentando evitá-los/negá-los (ex. tristeza, medo, inquietação).

Muitas vezes é na equipa de trabalho que encontram apoio que os ajuda a ultrapassar esta situação.

CAPÍTULO 3. VINCULAÇÃO

Os nove meses da gravidez dão aos pais a possibilidade de se adaptarem física, relacionada com as fases da gravidez, e psicologicamente.

Sempre que este tempo se abrevia os pais sentem-se perdidos e incompletos.

A gravidez pode surgir como uma tempestade ou como uma mina de ansiedade, mas são estes sentimentos que vão fazer com que os pais adquiram energia necessária para o imenso trabalho de adaptação a um novo bebé (Brazelton, 1989).

Todas as grávidas acreditam na possibilidade de ter um filho imperfeito, uma aberração, e chegam mesmo a “ensaiar” como fariam se o filho nascesse “aleijado”. Como tal as futuras mães, no sentido de dominar os seus medos e as suas ansiedades, imaginam o seu bebé como um ser completamente perfeito e bastante desejado, para que também se sintam capazes de serem mães perfeitas. A futura mãe coloca-se, inconscientemente no lugar do seu filho e identifica-se com ele.

A movimentação fetal e a noção de que o bebé é uma realidade deixam a mãe com cada vez mais dúvidas. Apresenta alterações de humor que alternam entre a depressão e a exaltação que ocorrem de forma imprevisível. Começa também a ter uma preferência pelo sexo do bebé. É frequente nesta fase escolherem o nome, arranjar a casa para acolher o bebé, escolherem as roupas, decorar o quarto... A mãe começa a reconhecer os movimentos do feto e a apoiar-se neles.

Uma mãe com filhos mais velhos irá comparar o comportamento do feto com o dos fetos anteriores. A mãe tem necessidade de personificar o feto para que o bebé que nascer não seja um estranho na altura do nascimento.

Canavarro (1999) defende que os humanos nascem dotados de um sistema de vinculação que lhes permite procurar a proximidade de uma figura que lhes forneça protecção e segurança a partir da qual possam explorar o meio.

Moulder (Canavarro, 2006) refere dois conceitos: *papel de ligação*, que diz respeito aos sentimentos que a mãe vai tendo em relação ao bebé, desde o início

da gravidez; *investimento* que diz respeito ao envolvimento activo durante a gravidez.

Com todas as alterações que acontecem no corpo da mulher, o envolvimento dos pais com o filho que irá nascer e a vinculação que se constrói, quanto mais longo é o período de gestação, ou mais idade tiver o bebé, maior é a ligação mãe-filho e consequentemente maior é o sofrimento pela sua morte (Bluglass citado por Canavarro, 2006).

“Muitos dos pais de bebés que nascem com problemas de saúde, que reduzem a sua esperança de vida para apenas algumas horas, semanas ou poucos meses, manifestam emoções de dor e tristeza pela perda iminente do seu filho” (Canavarro, 2006, p.260).

Independentemente da duração da vida de uma criança, de ter ou não problemas de saúde ou de ser fruto de uma gravidez planeada ou não planeada, as reacções de sofrimento e pesar pela sua morte são uma realidade (Ferreira et al. Citado por Canavarro, 2006).

3.1. Papéis da Família

Desde o nascimento que a criança inicia um processo de socialização, onde a família lhe transmite ideias, valores e conceitos fundamentais da sociedade, essencialmente por intermédio dos papéis parentais, embora a recepção por parte da criança seja feita após algumas filtragens por parte dos educadores (Dias, 2001).

As mudanças praticadas no decurso da história da humanidade implicaram uma problemática diferente nas funções tradicionais da família. Há vinte anos atrás, a mulher ficava em casa a cuidar dos seus filhos, enquanto o marido era o único que trabalhava. Hoje mais de 50% das mães com filhos com idade inferior a 18 anos trabalham, dividindo com o marido a responsabilidade de sustentar a casa.

Segundo Frade (1992) cada elemento duma família tem uma determinada função que é resultado das expectativas dos outros membros, e da necessidade

de execução de tarefas. O papel que cada um assume determina comportamentos, deveres, níveis de responsabilidade, poder e tipo de relação com os outros.

Quando uma criança é internada tem uma necessidade permanente e intensa de cuidados, acabando os pais por sacrificarem tempo para si próprios e para os outros filhos. O trabalho tem de ser reorganizado para se acomodar às necessidades da doença, as mães ficam sobrecarregadas e muitas vezes têm de abandonar o emprego ou ficar em casa para cuidar do filho. Os planos e projectos que foram estruturados e pensados pela família podem ser profundamente alterados.

Pinto (1992) refere que o desempenho das funções de cada elemento da família vai estabelecer as bases de um melhor ou pior nível de saúde do sistema familiar ou de apoio na doença de um dos membros. Como tal, a integridade do sistema familiar e o padrão das relações familiares possuem um valor terapêutico quando constituem um factor de protecção relativamente aos processos de doença dos seus membros, sendo essa uma das principais funções de uma família normal.

3.1.1. Mãe

Segundo Daniel Stern (Brunschwig, 2008) na nossa cultura ocidental, quando uma mulher se torna mãe existem quatro temas com as suas respectivas tarefas que o autor denomina de “constelação materna”. Esta constelação não é universal nem inata e é constituída por quatro temas.

- **Crescimento da vida** – questiona-se se a mãe tem a capacidade para assegurar o desenvolvimento e saúde do filho para o manter vivo;
- **Relação primária** – diz respeito ao compromisso emocional da mãe. Será que a mãe poderá amar o seu filho?

- **Matriz de suporte** – embora a sociedade atribua à mãe uma enorme corrente de responsabilidades, esta tem necessidade de procurar um enredo de suporte.
- **Reorganização identitária** – a mãe vê-se “obrigada” a transformar e a sua identidade, passa de mulher a progenitora, de mulher com carreira para chefe de família.

A mãe traz a vida para o mundo, e quando se vê incapaz de a manter a mulher tende a estender essa incapacidade à sua feminilidade, vendo-a como estragada, inadequada e insatisfatória. Com essa percepção de insucesso, reconhece-se, além da vergonha e da angústia, um desejo de morrer, como se morte significasse a união à criança falecida.

3.1.2 – Pai

Apesar do papel de pai ter sido esquecido nos estudos mais antigos, sabe-se actualmente que o pai desempenha um papel cada vez mais importante no desenvolvimento e na manutenção da capacidade materna, assim como exerce uma influência directa no desenvolvimento do filho, realçada pela vinculação com a criança desde a infância (Brazelton e Cramer, 1989).

A presença do pai é tão importante como a da mãe na construção da personalidade da criança, e quando a mãe está temporariamente sem capacidades físicas para tratar da criança é ele que tem de assumir o seu lugar.

O seu papel é indispensável para a construção da identidade sexual da criança, pega no bebé de forma mais robusta, tem uma entoação mais grave, outro tipo de gestos diferentes dos da mãe (Brunschwig, 2008). Normalmente apresenta-se também como sendo mais exigente, com maior tendência para corrigir os erros num ponto de vista cognitivo.

Quando ocorre o falecimento de um filho, também o pai se sente angustiado e incapacitado porque o seu papel de chefe de família não foi cumprido.

3.1.3 – Irmãos

A família começa com um filho e depois, conforme a condição física e social poderá aumentar para dois, três ou mais filhos. Mas o que é certo é que algumas crianças aceitam melhor a vinda de um irmão/irmã do que outras. Podem sempre surgir ciúmes, inveja e sentimentos de revolta em relação ao novo elemento da família porque sentem que a atenção dos pais mudou de rumo, o filho mais velho sente-se “despromovido” (Brunschwig, 2008).

Segundo Brunschwig, existem múltiplas manifestações que caracterizam o sentimento destruidor do ciúme: sono perturbado, irritabilidade, depressão, dificuldades escolares, por vezes pode até surgir um retrocesso no desenvolvimento da criança.

Gibbons (Wong, 1999) refere que quando morre um irmão, a reacção do outro dependerá de muitos factores: a circunstância da morte, o relacionamento que tinha com o irmão, as reacções dos pais e dos padrões da comunicação familiar.

A criança em luto tem imensa dificuldade em saber lidar com a tristeza e desconforto das pessoas que a abordam sobre o sucedido. Chega a ter medo de brincar e de rir porque acredita que a família e os amigos pensam que é insensível à morte do irmão.

A criança ao conhecer o diagnóstico do irmão pode expressar uma preocupação em relação à sua própria saúde, reconhecendo a morte e inclusivamente apresentar sintomas idênticos aos do irmão que morreu.

Se os pais e restante família deturparem ou fantasiarem a morte do irmão, a criança quando for adolescente, ou adulto e compreender a “artimanha”, vai distanciar-se de quem o ludibriou. Futuramente trará consequências no desenvolvimento da personalidade da criança e na capacidade de se relacionar (Rebelo, 2007).

3.1.4 – Avós

A existência dos avós é muito importante para a socialização da criança como também para a sua vida afectiva. São eles que ligam a criança à sua descendência, uma vez que conheceram os pais quando estes eram pequenos.

Os avós estabelecem o elo de ligação entre o passado e o presente e ajudam a preparar os netos para o futuro. São mais tolerantes e serenos com os netos do que o que foram com os filhos.

Segundo Brunschwig (2008) quando os avós moram perto dos netos e têm uma relação bastante afectuosa são inseridos na sua vida como forma de benefício. Consoante a sua disponibilidade, levam os netos à escola, à natação, ao cinema, ao jardim zoológico e por vezes acabam por passar mais tempo com eles do que os próprios pais.

Os avós são menos stressados do que os pais e têm mais tempo para ouvir, explicar e mostrar as curiosidades dos netos.

Quando morre um neto pode surgir a dificuldade em se saber lidar e comunicar com a família em luto e os seus membros. As exigências de relacionamento são diferentes e se não houver um esforço logo desde inicio para a adaptação às mesmas, a família acaba por se separar (Rebelo, 2007).

3.2. A perda de um Filho

A morte de um filho constitui sempre uma perda aflitiva, talvez seja, mesmo a experiência mais dolorosa de uma vida.

Quando ocorre a morte de um filho, o luto observado é bastante complexo e é muito frequente o desenvolvimento de manifestações anormais.   uma sensação mais dolorosa do que a morte de um adulto.

Os filhos representam para os pais tanto o melhor como o pior que pensam sobre si mesmos.

A criança nasce num mundo de sonhos e expectativas, onde lhe são transmitidas heranças diversas como a genética, os costumes e valores.

Segundo Rebelo (2007), a vida não nos proporciona muitas experiências directamente relacionadas com o luto pela morte de uma criança e por isso não estamos preparados quando nos deparamos com essa situação.

Rebelo (2007) fala-nos ainda da sua própria experiência de vida dizendo que *“sentimos uma culpa esmagadora por tudo o que não fizemos, por todo o abandono a que assumimos ter votado o nosso filho”* (Rebelo (2007, p.124).

Após a morte de um filho os pais sentem-se incompletos, sempre à procura de um sinal que os faça aceitar melhor a realidade e o choro é a única arma para tentar aliviar a dor.

A morte de um filho provoca um luto profundo porque os pais se identificam muito com os filhos e vêem-nos como a sua continuação e o seu futuro. Além disso, como os pais são os primeiros e principais responsáveis pelo crescimento e protecção do seu filho, quando este morre, sentem que falharam na sua tarefa e obrigação e isto fá-los experimentar uma grande culpa.

O luto em relação a um filho é muito mais prolongado do que em relação a um adulto e sentimentos como tristeza, culpa, ansiedade e medo podem acompanhá-los durante toda a vida. Rebelo (2007) refere que estes sentimentos vão-se atenuando ao longo do tempo mas nunca chegam a desvanecer por completo.

O comportamento dos pais após a morte de um filho e durante todo o processo de luto é bastante contraditório e distinto. A relação do casal pode-se desmoronar uma vez que a dor é tão grande que não suportam a companhia um do outro, ou por outro lado pode unir muito mais o casal. É frequente verificar-se, após a morte de um filho, uma quebra de comunicação entre os pais. Um deles, em vez de conseguir escutar o outro, exige que este reprima os seus sentimentos, uma vez que não se sente compreendido

A perda da criança traz ao de cima todos os problemas e divergências tornando-as desconformes. O próprio processo de luto implica que a agressividade seja dirigida a alguém e neste caso é quem se encontra mais perto e quem a pessoa ama uma vez que foi sempre um apoio e aconchego nos

momentos mais adversos. Surgem as acusações mútuas e a deterioração sentimental e sexual do casal acabando por deixar de ter significado a vida a dois. Grande parte dos casais que perdem filhos acaba por se divorciar (Rebelo, 2007).

A intensidade com que os pais vivem luto varia de acordo com a relação que cada um mantinha com o seu filho, as aspirações e expectativas sonhadas para ele. A intensidade emotiva do luto de um dos pais poderá parecer desproporcionada em relação à do outro.

Rebelo (2007) diz-nos ainda que também pode acontecer o inverso, a morte da criança pode unir ainda mais os pais tornando-os cúmplices na dor que sentem. O carinho e a solidariedade entre o casal aumenta. *“Buscam na intimidade uma compensação física para a perda afectiva”* (Rebelo, 2007, p.130).

Muitos pais chegam a sentir-se culpados por tentarem preencher o vazio que os consome através da prática sexual. *“A necessidade de carinho é imensa após a perda de uma criança e a energia de amor e de ternura transmitida no acto sexual contribui para apaziguar a alma das dores sofridas”* (Rebelo, 2007, p.131).

Quando os pais da criança são divorciados, o processo de luto é bastante complexo. Segundo Rebelo (2007) logo após a morte do filho os pais têm tendência para se unirem, para se manterem juntos. Pode inclusivamente ocorrer um reencontro entre os dois no sentido de compensarem os afectos perdidos com a morte da criança. Por outro lado a aproximação de pais divorciados após a perda da criança pode gerar momentos conflituosos com agressões e culpa dirigida.

Os pais em luto podem reagir de formas por vezes contraditórias em relação aos filhos vivos. A situação traumática pode levar os pais a negligenciarem os filhos. O desgaste físico e emocional impede-os de ajudarem seja quem for. Após o restabelecimento dos pais, estes tornam-se bastante cuidadosos e vigilantes, por vezes sufocantes em relação a todos os comportamentos dos filhos, pois a ideia de se perspectivarem confrontados com uma segunda perda é bastante doloroso.

Outra situação que poderá acontecer é os pais tentarem substituir a criança que morreu. *“Este comportamento de negação da perda pode revelar-se doentio*

para os pais e monstruoso para os filhos” (Rebelo, 2007, p.134). Têm tendência para vestir, pentear e falar com o filho vivo como se fosse a criança perdida.

Rebelo (2007) refere que ainda mais doentio é quando os pais decidem ter outro filho e dão-lhe o mesmo nome do filho que morreu. Nesta situação o processo de luto é anormal porque os pais agem como se nada tivesse acontecido.

CAPÍTULO 4. COMUNICAR COM A FAMÍLIA

A comunicação é uma competência essencial no desempenho da profissão de enfermagem, e determinante para os enfermeiros que prestam cuidados na área da Pediatria.

Comunicar envolve uma série de sistemas específicos como falar, escutar, escrever, ler, pintar, dançar, etc.

Kozier (1989) referido por Wong (1999) defende que existem alguns critérios a ter em conta na comunicação com a criança e família: simplicidade, clareza, pertinência e adaptação de palavras.

A comunicação entre a equipa e pais/família no momento da admissão permite que a equipa de enfermagem seja vista como alguém que está sempre disponível para o diálogo.

Casey (1993) refere-se à melhoria da comunicação e relação de trabalho entre todos os intervenientes como uma das vantagens deste sistema. Conclui que sem este método de organização de cuidados em enfermagem, o cuidado em parceria, na sua globalidade era provavelmente difícil de atingir.

A família, e nomeadamente os pais, são um elemento fundamental quando se quer aumentar a comunicação com a criança pelo que a sua colaboração deve ser sempre solicitada (Cordeiro, 1994)

Mas a comunicação não é apenas verbal. A forma como lidamos com a criança é esclarecedora, para os pais, do nosso interesse e do nosso empenho.

Segundo Cordeiro (1994), a comunicação constitui um factor de redução de risco psicológico da criança hospitalizada e um meio de obter a sua colaboração conducente ao estabelecimento do diagnóstico e da terapêutica mais adequada e eficaz.

Whaley & Wong (1997) salientam ainda que, durante o relacionamento com a criança, independentemente da sua idade, as componentes não verbais do processo de comunicação são as que lhe transmitem as mensagens mais significativas.

Reforçando esta ideia Abreu (1998) refere que a comunicação humana não é apenas verbal. A mímica, o olhar, a postura, os gestos, o tom de voz, os

silêncios, a distância, o toque, o contacto corporal, o arranjo pessoal e o próprio ambiente são formas de comunicação não verbal. Este é um tipo de comunicação subtil. Manifesta-se pelo tom de voz, entoação, velocidade, pausas, volume e ênfase do discurso. As crianças pequenas compreendem a paralinguagem, muito antes de conhecerem o significado das palavras, pois quando os seus pais elevam o tom de voz ou falam mais rápido elas sentem ansiedade ou medo.

Segundo Argyle (1978) citado por Davies (1995) a comunicação não verbal é cinco vezes mais eficaz para uma melhor compreensão da mensagem do que as palavras.

Devemos ir de encontro à cooperação das crianças, ou ao fornecer-lhes orientações de como queremos que elas cooperem devemos utilizar um tom de voz tranquilo, calmo, seguro, falar com clareza e objectividade.

É do nosso conhecimento, que é com o enfermeiro que os pais se abrem com mais frequência. É importante mantermo-nos sempre informados relativamente à criança, para clarificar e esclarecer dúvidas e consequentemente tranquilizar os pais (Malhó e Costa, 1998). Para tal é importante manter uma atitude de receptividade, disponibilidade, saber escutar e estimular os pais a manifestar o que os preocupa. Devemos deixá-los expressar os seus sentimentos, recorrendo a uma formulação cuidada das perguntas, procurando utilizar questões abertas e amplas em vez de questões isoladas e estereotipadas.

O nosso papel é fundamental para ajudar a ultrapassar a ansiedade dos pais, facilitando assim toda a informação necessária sobre o que acontece com o seu filho, a necessidade e finalidade de todos os procedimentos e tratamentos, tendo o cuidado de usar uma linguagem ajustada ao seu nível sócio-cultural, evitando o uso de termos técnicos, que na sua maioria desconhecem.

4.1. Comunicar a morte de uma criança

O modo como se comunicam as más notícias é um factor bastante importante que muitas vezes é subestimado e ao qual se deveria dar maior ênfase aos alunos de medicina e enfermagem. Transmitir as más notícias é uma

realidade que para os enfermeiros acarreta grandes dificuldades que normalmente se traduzem em expressões como: *“Como é que eu vou dizer...?”*.

Apesar de ser comum atribuir ao médico a responsabilidade de dar as más notícias, os enfermeiros desempenham um papel bastante importante. Devido à sua permanência com o doente e família, os enfermeiros estabelecem uma relação de proximidade que lhes permite obter e transmitir informações úteis.

Este é um momento bastante crítico para os pais. Embora eles não ouçam ou se lembrem de tudo o que foi dito, apercebem-se de uma forte sensação de rejeição, esperança e desesperança. Este sentimento pode influenciar a capacidade dos pais pensarem o seu futuro familiar e as alterações que isso acarreta (Wong, 1999).

A Morte é uma perda irreversível e irreparável. É sempre um choque para quem a recebe. A maior parte dos profissionais de saúde não sabe lidar com a morte, nem com os sentimentos que dela dependem. Esta situação é explorada pelos *médica* para os quais quem entra num hospital ou num serviço de urgência, ou mesmo "quem vai ao médico" não pode morrer.

Transmitir a notícia da morte aos pais e familiares é uma tarefa muito pouco invejável. Sabemos por experiência própria que dar as más notícias é tão perturbador e doloroso para quem as recebe como para quem as dá.

A família/pais recordarão para sempre quem lhes deu a fatídica notícia. É de extrema importância que esta transmissão seja feita de forma correcta e com sensibilidade. Tanto os pais/familiares como os profissionais de saúde poderão a vir a necessitar de apoio nas horas ou nos dias seguintes.

A comunicação da morte da criança deve ser feita com bastante sensibilidade e, tanto médico como enfermeiro devem estar preparados para se confrontar com sentimentos de negação, raiva e culpa sem criticar. Wong (1999) refere que se deve dar a oportunidade aos pais de verem o corpo da criança, uma vez que a ideia que têm da imagem do filho é frequentemente pior do que a realidade.

A notícia deve ser transmitida numa sala reservada, localizada numa zona calma e confortável, sem interrupções e distrações, numa atmosfera onde os pais se sintam livres para expressar as suas emoções, onde o profissional de

saúde se deverá sentar ao mesmo nível do familiar, não ficar de pé quando os pais / família estão sentados.

Deve ter bastante atenção e assegurar que está com uma farda limpa, sem vestígios de sangue porque se assim for é ainda mais traumatizante e é uma imagem que os pais nunca irão esquecer.

Os pais devem ser incentivados a permanecerem juntos quando são informados da morte da criança.

Deve-se ser directo, transmitindo imediatamente a notícia, usando as palavras “Morte” ou “Morrer”. Não deixar margens para dúvidas utilizando frases como “deixou-nos” ou “dizer adeus”.

Ao comunicar a Morte, o contacto físico com os pais/família, embora seja uma importante expressão de empatia, deve ser usado sabiamente. Devemos segurar na sua mão ou colocar o braço sobre o seu ombro.

Na maioria dos casos não é dada a informação pelo telefone/telemóvel que a criança faleceu, a menos que a distância e o tempo de viagem seja prolongado ou no caso em que a morte já é esperada. É preferível dizer que a criança está em estado crítico e que os familiares devem vir o mais brevemente possível, para que uma melhor explicação seja feita frente a frente.

Um dos aspectos particularmente importantes na prática profissional diz respeito aos comentários feitos por profissionais de saúde como *“foi melhor o bebé ter morrido agora”*, ou *“ainda é muito nova, pode ter mais filhos”*, que apesar dos comentários serem bem-intencionados podem manifestar certa falta de compreensão para o que está a acontecer.

O que dizer	O que não dizer
“Estou triste por si.”	“A senhora é nova pode ter outros.”
“Como está a passar por tudo isto?”	“Tem um anjo no céu.”
“Isto deve ser difícil para si.”	“Isto foi a melhor solução.”
“O que posso fazer por si.”	“Foi melhor isto acontecer antes de nascer o bebé.”
“Tenho muita pena.”	“De qualquer maneira o bebé tinha um problema.”
“Estou aqui disposta a ouvi-la.”	

(Adaptado de BOBAK, LOWDERMILK, JENSEN, 1999, p.860)

Quadro 1 - Expressões que devem ser evitadas quando morre uma criança

A morte de uma criança marca a proximidade do contacto da família com os profissionais de saúde que estiveram envolvidos no tratamento, como tal, este contacto deve ser privilegiado, aproveitando para dar apoio e orientação, de acordo com as suas necessidades, para que possam lidar melhor com a perda (Wong, 1999).

Durante todo o processo da comunicação da morte da criança, não nos podemos esquecer que a família carece da nossa capacidade de escuta e da nossa especial atenção em todas as circunstâncias. O apoio do enfermeiro, vai ajudar os pais *“...a expressar os seus sentimentos e emoções, compreender as suas respostas à perda e aumentar a capacidade para a tomada de decisão”* (Bobak, Lowdermilk, Jensen, 1994, p. 860).

Existem ainda alguns aspectos que deverão ser considerados:

- Local apropriado para transmissão da morte da criança deverá ser calmo e reservado. Deve ser demonstrados apoio e compreensão, usando uma linguagem clara e simples de forma a que seja compreendida pelos pais/família.
- Avaliar se os pais têm conhecimento sobre a situação e que informação lhes foi fornecida.
- Os pais devem receber o tipo de informação que desejam, ou seja, deve-se saber até que ponto é que os pais querem ter conhecimento da situação.

- Devem-se apoiar os pais, realçando que os pais não estão sozinhos e que terão sempre apoio dos profissionais de saúde.

- Numa fase inicial os pais apresentam comportamentos de raiva contra o profissional que lhes comunica a notícia. Posteriormente aparecem o desgosto e o medo, acompanhados pelo choro ou o silêncio, que devemos respeitar. O enfermeiro deve responder sempre de forma verdadeira e directa a todas as questões levantadas pelos pais, mesmo que sejam difíceis de responder.

- Planear o acompanhamento.

CAPÍTULO 5. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

O conceito de supervisão clínica está cada vez mais associado ao processo de aprendizagem, construção do conhecimento e desenvolvimento tanto pessoal como profissional. É um conceito que, no contexto da saúde, contribui para que os profissionais criem condições indispensáveis para o desenvolvimento e transformação da qualidade das práticas dos cuidados de enfermagem.

5.1. Perspectiva Histórica

Segundo Garrido *et al.* (2007) as primeiras estratégias de supervisão clínica surgiram no período áureo da cultura Islâmica.

Foi com Florence Nightingale que os princípios da supervisão clínica começaram a ser sistematizados e enquadrados nas áreas de formação e administração em enfermagem (Abreu, 2007).

Também Hildgard Pepleu sistematizou um conjunto de preocupações que mais tarde se viria a designar de supervisão clínica em enfermagem.

O uso da expressão “supervisão clínica em Enfermagem” no nosso país, foi marcada pelo movimento da profissão na década de 70, pelos estudos efectuados na área da qualidade dos cuidados de enfermagem e pelos processos de certificação da qualidade.

Na década de noventa, com os casos de Bristol, Kent e Canterbury bem como da enfermeira Beverley Allitt, que estiveram no centro de acontecimentos trágicos, devido à morte e ausência de integridade dos doentes, estes acontecimentos deixaram a sociedade chocada. Após uma intensa polémica e discussão em relação à formação dos profissionais de saúde, chegou-se à conclusão que se deviam institucionalizar estratégias de acompanhamento mais próximas do desenvolvimento pessoal e profissional na prática destes profissionais, garantindo desta forma a segurança dos doentes.

Em 1993 o departamento de saúde do Reino Unido define que a supervisão clínica em enfermagem é um processo formal de suporte para a aprendizagem e

acompanhamento de competências, que incute aos supervisados assumir a responsabilidade pela sua prática, e promover a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, especialmente em situações de elevada complexidade.

Segundo Abreu (2007), esta é a única forma de garantir que os recém-licenciados se integram mais rapidamente e cumpram os requisitos que os serviços nacionais de saúde consideram ser fundamentais.

Supervisão clínica é então um processo dinâmico, de acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda e monitorização, com o propósito de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, protecção e segurança dos utentes e aumento da satisfação profissional (Maia e Abreu, 2003, p.8).

Supervisão está também relacionada o conceito de distanciamento espacial e temporal entre supervisor e supervisando, de modo a permitir o alargamento do campo de análise, criando situações de distanciamento configuradas com outras de aproximação estratégica, de forma a facilitar uma reflexão sobre os fenómenos em estudo mais sustentada, chamado de *efeito zoom* (Sá-Chaves, 2007).

Só no final da década de noventa é que se começaram a investir mais estudos na área da supervisão clínica em enfermagem.

Mais recentemente, com a acreditação do King's Fund Health Quality Service referentes aos serviços de enfermagem, as normas que instituem, incluem uma referência à supervisão clínica das práticas clínicas (Abreu, 2007). A supervisão clínica surgiu assim no contexto da discussão acerca da qualidade das práticas e da reflexão em redor da formação clínica e está relacionada com a disponibilidade psicológica do supervisor para estabelecer relações de ajuda.

Apesar da introdução da supervisão clínica no contexto da saúde, a sua implementação ainda é uma realidade distante. De acordo com Thomas e Reid (1995), citado por Garrido (2005) são consideradas três dificuldades principais:

- Falta de estrutura de supervisão, o que leva muitas vezes o supervisado questionar o papel do supervisor;
- Falta de pessoal capacitado para desenvolver supervisão clínica;

- Existem serviços em que a mobilidade, o total de admissões e carga de trabalho é desmedida, acabando a supervisão por ser primeira a ser renunciada e a última a ser instalada.

Segundo Abreu (2007), no contexto das práticas supervisivas, ao fazer uma análise transversal dos estudos realizados, deve ser considerado que:

- A aprendizagem deve ser entendida como um percurso e não como uma meta;
- A aprendizagem é um processo contínuo, adquirida com a experiência;
- A aprendizagem em contexto clínico é um processo de criação de conhecimento;
- A preocupação com a qualidade da assistência e com a segurança dos utentes deve ser a maior concentração e preocupação das estratégias e o funcionamento das organizações.

5.2. Formação em Enfermagem

A profissão de enfermagem é complexa e multifacetada, uma vez que a sua actuação assenta em muitos sectores que enfatizam diferentes aspectos do cuidado e papéis de enfermagem.

Na opinião de Bento e Costa (1997) os cursos de enfermagem procuram dar uma formação que permita cada vez mais aos enfermeiros conhecerem melhor a pessoa e ter uma acção terapêutica a nível individual e familiar. De acordo com os mesmos autores, assiste-se ao desenvolvimento abrupto dos cuidados de enfermagem e o enfermeiro tem cada vez mais dificuldade em atribuir a si mesmo a sua identidade profissional, ou seja, a estabelecer a sua especificidade.

O plano curricular da Licenciatura em Enfermagem confere ao aluno a competência para o exercício como enfermeiro de cuidados gerais, ao longo de quatro anos, durante o qual desenvolve competências científicas, técnicas e relacionais de forma a adquirir a *performance*, que lhe permita compreender o desenvolvimento do ser humano nas diferentes dimensões e ao longo do ciclo vital.

Para tal, o estudante ao longo da licenciatura adquire competências no âmbito de práticas lectivas de carácter teórico, teórico-prático e prático, de acordo com o plano curricular da escola que frequenta, e que no final do curso são as que o habilitam para o exercício da profissão. Para adquirir estas competências pressupõe-se que uma parte significativa da formação seja feita em situação real, necessitando por isso da colaboração dos profissionais da prática, no âmbito da supervisão dos estudantes.

O estudante para manter, melhorar e/ou recuperar a saúde, ajudando a criança a atingir a máxima capacidade funcional tão rápido quanto possível, necessita de mobilizar o saber científico, técnico e humano.

Neste cruzamento entre atribuições/solicitações/saberes é onde se apreende competência, pois o formando utiliza os recursos incorporados em si (saberes, saberes-fazer), os materiais (tecnologia, documentação) e o meio (relações interpessoais, cultura institucional, os imprevistos...) onde se realiza a acção (Mandon, 1990; Le Boterf, 1997).

Benner (1987, 2001) na análise da prestação de cuidados em enfermagem, constatou que os enfermeiros à medida que vão adquirindo experiência clínica, mudam a sua orientação intelectual, integrando, seleccionando os conhecimentos e reajustando os critérios de tomada de decisão, abandonando a mera execução seriada e repetitiva das tarefas, como tinham aprendido durante a sua formação académica.

Segundo Garrido et al. (2008) durante os ensinamentos clínicos em que os estudantes desenvolvem as suas competências, constroem também a sua identidade profissional que tem início na formação. Esta construção de identidade é um processo complexo e inacabado que se vai arquitectando por diversas e diferentes fases, através de um processo de introjecção do ou dos modelos de referência. As relações interpessoais e a forma como vivem essas relações, como é aceite e respeitado o poder/saber de cada um assumem uma potencial importância e influência na construção da identidade.

Ao serem integrados na equipa de enfermagem é quando os alunos estabelecem relações mais equitativas e próximas com os enfermeiros, aprendendo com eles a prática facilitando a inserção futura no mundo do trabalho

através das regras de funcionamento das organizações. A par desta dimensão de socialização há outras competências adquiridas em contexto clínico: as relações interpessoais, o trabalho em equipa, a partilha de responsabilidades, a comunicação, a decisão individual ou em grupo perante situações novas, a organização individual do trabalho e o aprender com as novas situações. Só existindo interacção do indivíduo com a formação e o contexto de trabalho, os processos formativos desenvolvem capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo.

Contrariamente ao contabilista ou ao engenheiro, para quem a pessoa chamada de “cliente” não constitui objecto directo da sua competência, para o enfermeiro, como concordam Bento e Costa (1997), é precisamente o ser humano em toda a sua força e vulnerabilidade que se traduz no objecto da sua competência e, deste modo, ser enfermeiro exige mais de que um simples saber ou até saber fazer, exigindo também desenvolver o seu saber ser, tanto consigo próprio como com o doente.

Para Hesbeen (2000) *“cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos do conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém na sua situação”*.

A “arte de cuidar” a que este mesmo autor se refere diz respeito à capacidade de adequação desses mesmos conhecimentos globais a uma pessoa em particular o que não implica reduzi-la à norma cientificamente estabelecida, isto é: *“o doente não deve ser confundido com a doença. A pessoa que está doente é a pessoa que sofre, ou seja, que tem de suportar, aguentar, sofrer qualquer coisa que lhe é difícil. Estar em sofrimento sobretudo de modo prolongado, é não estar de boa saúde”* (Hesbeen, 2000, p. 29).

Os enfermeiros poderão e têm a possibilidade de fazer mais alguma coisa pelas pessoas, de os ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas. São estas pequenas coisas que contribuem para a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Mas de que forma se podem ajudar os enfermeiros, e futuros enfermeiros, a saberem lidar com o factor “morte”?

Quando estamos a cuidar, estamos ao mesmo tempo a estabelecer uma relação de ajuda que contribui para o outro adquirir o seu equilíbrio, o que significa ajudar o Homem a ser, isto é reconhecer, e a utilizar um meio que lhe permita lidar com os problemas da vida no contexto que lhe é presente.

Apesar da morte ser inevitável, não significa que todos reajam da mesma maneira nem mesmo que a aceitem ou compreendam. Todos temos dificuldades emocionais perante a morte. Quando um doente morre, temos de lidar com os nossos próprios sentimentos ao mesmo tempo que temos de cumprir com a nossa responsabilidade profissional de apoiar a família em luto.

Indubitavelmente, a morte é o acontecimento mais desgastante no quotidiano da vida hospitalar. O enfermeiro é aquele que mais directa e imediatamente sofre e sente quando alguém morre. Perante esta realidade, o enfermeiro constata que o saber-saber e o saber-fazer são insuficientes, sentindo-se vencidos. Ficam com o saber-ser que não é ensinado, adquire-se com a experiência do vivido no dia-a-dia, fruto de uma maturidade adquirida no decurso de vida profissional, concluindo que nem sempre é fácil conseguir o equilíbrio desejável entre as exigências profissionais/ técnicas e a sensibilidade humana.

A formação é então concebida como um processo de aquisição de saberes, saber-fazer, saber-estar que os professores devem transmitir aos alunos, através da apropriação de técnicas necessárias a uma transmissão eficaz (Correia 1989; Berbaum, 1993 citado por Abreu, 2007). É um percurso de apropriação pessoal e reflexiva dos saberes, de integração da sua experiência, em função das quais uma acção educativa adquire significado, gerindo ele próprio o apoio e influência ao longo do percurso.

No âmbito da formação, a supervisão é compreendida como um processo que medeia os processos de aprendizagem e desenvolvimento do formando e do supervisor, podendo este ser facilitado ou inibido, dependendo da natureza da interacção que se estabelece (Sá-Chaves, 2007). Segundo Alarcão (1991) e Oliveira (1996) citado por Sá-Chaves (2007) a interacção formando-supervisor deve desenvolver-se num ambiente de interajuda afectiva, confiança e intelectualmente estimulante. *“O supervisor deve procurar estar atento às necessidades formativas, às motivações, às capacidades e competências*

profissionais do formando, por forma a adequar a sua intervenção e comunicação, ajudando-o a progredir e a aceder a um saber, saber fazer e saber ser, necessários a uma intervenção contextualizada e que só é possível através de um saber pensar consciente, situado e partilhado” (Sá-Chaves, 2007, p.75).

Uma vez que a formação em Enfermagem é uma índole contínua e sistemática devemos reconhecer que esta sucede, frequente e regularmente, desde as primeiras experiências de aprendizagem a que os alunos são sujeitos, continuando durante a sua formação inicial, passando pela integração profissional, para se prolongar na vida profissional, através da formação contínua.

Segundo Sá-Chaves (2007) *“os cenários supervisivos que melhor permitam entrecruzar diferentes modos de olhar, de questionar e de iluminar as situações e os problemas, parecem ser aqueles que mais poderão contribuir para uma formação multidimensional e consistente, capaz de permitir a tomada de decisões para uma acção consciente e deliberada”.*

5.3. Desenvolvimento de competências em Pediatria

A competência é transferível ou adaptável, não se limitando à execução de uma tarefa única e repetitiva. Ser competente significa mais do que ser um bom executante, supõe a existência de capacidades de assimilação, integração e de fazer evoluir a situação de aprendizagem (Le Boterf 1995, 1997, 2003).

Segundo o mesmo autor, a partir da reflexão das práticas reais (abstracção e conceptualização), o estudante pode reinvestir a sua experiência sobre a prática, sendo capaz não só de aprender, mas de aprender a aprender.

Segundo Correia (2002), competência é a capacidade de compreensão e uso de informação que detemos nas actividades do quotidiano. É a habilidade de desenvolver conhecimentos e alcançar objectivos.

Ser competente é a forma como a pessoa integra os conhecimentos, as habilidades, as atitudes e os comportamentos que possui para realizar as tarefas segundo as expectativas.

Um saber-agir é fundamental para a competência, pois saber-agir é saber reagir, isto é, a interligação entre os actos que constituem um todo num processo de dependência entre si.

Um aluno ao alicerçar a situação de aprendizagem nas suas experiências, transforma a acção. Ele não se limita a saber-agir ou a saber-fazer. O formando faz da prática daquela situação uma oportunidade de criar saber. Ele gere o tempo em função dos constrangimentos a respeitar, do tempo de aprendizagem e da respectiva avaliação. Do aluno espera-se a reflexão sobre a acção, embora seja influenciada pelo percurso académico, biográfico, pelo saber agir na vida pessoal e social (Le Boterf, 1995, 1997, 2003).

Schön (1987), Martin (1991), Zabalza (1994), Malglaive (1995) e Benner (2001), consideram que os saberes práticos se desviam da sua formulação de carácter teórico, o indivíduo adquire habilidades e conhecimentos práticos questionando ou aumentando os postulados teóricos existentes à margem de toda a previsibilidade da ciência.

A competência tem de ser contextualizada numa acção que, no caso do estudante de enfermagem tem de saber transferir, transformar e reagir face à situação de aprendizagem, em que todo esse saber é influenciado pelo contexto onde ocorre a aprendizagem e pela imagem que o estudante tem de si.

Foi desenvolvido pelo matemático e analista de sistemas Stuart Dreyfus e o filósofo Hubert Dreyfus o Modelo Dreyfus – modelo de aquisição de competências. Este modelo apesar de ter sido desenvolvido para estabelecer a aquisição de competências de jogadores de xadrez e pilotos de aviões, tem tido bastante aplicabilidade na área da enfermagem.

O modelo Dreyfus estabelece que para a aquisição e desenvolvimento de uma competência, um estudante, ou profissional, passa por cinco estádios sucessivos de proeficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proeficiente e perito. Benner (2001) refere que estes diferentes estádios são o reflexo de mudança na aquisição de uma competência em 3 aspectos gerais:

- O primeiro é a passagem da fase de adopção de conhecimentos teóricos para a intenção de aplicação dos mesmos;

- Segundo é a modificação da forma como o formando apreende uma situação, passa a ver como um todo em que só algumas partes são relevantes, e não como a junção das partes;
- O terceiro aspecto é a participação do enfermeiro como parte integrante da situação, passando de observador desligado para ser envolvido e participante, ou seja, está empenhado na situação.

Contudo, este modelo de aquisição de competências não é aplicável às capacidades psicomotoras ou cognitivas dos enfermeiros mas sim aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais.

Benner (2001) descreve-nos cada um dos cinco níveis de competência já referidos:

➤ Iniciado

Este nível de aquisição de competências aplica-se tanto para os estudantes de enfermagem que não têm qualquer experiência com as situações com que são confrontados, como aos enfermeiros recém-formados e enfermeiros que integrem novo serviço para o qual não tem conhecimento das especificidades que lá são aplicadas.

São-lhes ensinadas as normas e regras do serviço de forma a orientar as suas acções em função de determinados elementos e situações. Estas regras impõem-lhes um comportamento extremamente rígido e limitado que associado à sua inexperiência poderá ir de encontro a um comportamento menos correcto, uma vez que não lhes serão indicados os actos mais coercíveis para uma determinada situação real.

➤ Iniciado Avançado

Os enfermeiros que se encontram neste nível podem considerar-se como tendo um comportamento aceitável, porque já estiveram perante situações reais que lhes permitem facultar o conhecimento necessário para avaliar determinadas características de um doente.

Conseguem captar alguns indícios através das palavras e das acções dos doentes, embora precisem de ser alertados que cada caso é um caso e que como tal deve-se evitar a normalização das avaliações e actuações.

Nesta altura os profissionais ainda têm alguma dificuldade em estabelecer prioridades, ainda não são capazes de fazer distinção do que é mais ou menos urgente nesta ou naquela situação.

➤ Competente

Enfermeiro competente é o profissional que trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. Já se começa a aperceber dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo. Analisa de forma consciente quais os casos que podem ser considerados mais ou menos prioritários e distinguir aspectos da situação presente em relação a outras situações, estabelecendo uma perspectiva após uma análise consciente, abstracta e analítica do problema.

A competência nota-se quando as tarefas que lhes são delegadas são realizadas objectiva e concretamente, nas quais conseguem, por aptidão profissional, aplicar conhecimentos adquiridos em formação específica.

A nível do desenvolvimento pessoal o enfermeiro competente demonstra que progrediu através de um processo de reflexão e esclarecimento do seu sistema pessoal de valores, do desenvolvimento da sua sensibilidade e da inclusão de valores éticos na prática da enfermagem.

Nesta altura o enfermeiro tem uma capacidade de comunicação (verbal e não verbal) com os utentes, família e grupos é assertiva no que respeita a ensinamentos e a orientação.

No entanto o enfermeiro competente não está ao nível do enfermeiro proficiente em relação a rapidez e maleabilidade, mas actua de forma capaz e consciente dando uma resposta adequada às várias situações de imprevisibilidade tão características e habituais da prática da enfermagem.

➤ Proficiente

O enfermeiro proficiente aprende pela sua própria experiência quais são os acontecimentos característicos que podem acontecer em determinada situação.

Pode-se considerar que a capacidade do enfermeiro proficiente conseguir aperceber-se das situações actuais na sua globalidade, no seu todo, e não como a junção de aspectos isolados, permite-lhe melhorar o seu processo de decisão, no sentido de compreender a globalidade de cada situação.

Ao contrário do enfermeiro competente, consegue ter a capacidade de se orientar sobre um determinado problema. Faz opções com variáveis de risco, em que o enfermeiro investe na procura de um determinado resultado, o que induz um elevado sentido de responsabilidade e, consequentemente, uma enorme satisfação quando atinge resultados positivos.

O enfermeiro proficiente utiliza máximas que o guiam e o fazem reflectir sobre os indícios relevantes a considerar sobre determinada situação.

O enfermeiro neste estágio de competência aprende melhor por um método indutivo e é capaz de reconhecer a deterioração do estado do doente antes das mudanças explícitas dos sinais vitais, chamada de competência precoce.

As decisões dos peritos são tomadas na base de uma avaliação das opções fundadas sobre a comparação dos elementos característicos.

➤ Perito

O enfermeiro perito, devido à sua grande experiência, compreende de forma intuitiva e directa o problema de cada situação, sem perder um vasto leque de

soluções e de diagnósticos estéreis. Como tal fica vinculado aos seus próprios esquemas de funcionamento e sente dificuldade em expressar verbalmente os seus conhecimentos, mas age sempre com certeza e em consonância com a sua experiência e saber acumulado.

Benner (2001) refere que o facto de o enfermeiro perito actuar de forma intuitiva pode chegar-se a pensar que o perito é uma pessoa que não pensa. É extremamente complicado perceber quais as suas capacidades porque actua a partir de uma compreensão profunda da globalidade da situação.

Um perito dispõe de diferentes saberes que são resultantes da sua vida profissional, formação e experiência pessoal, o que lhe permite dispensar o apoio sobre uma regra e/ou indicação e ter um elevado nível de competência.

Segundo Dreyfus e Dreyfus (1997) citado por Benner (2001), a pessoa experiente é maleável e demonstra um elevado nível de adaptabilidade e de competências.

Os enfermeiros peritos gerem situações complicadas de forma brilhante e dão opiniões clínicas o que os torna facilmente conhecidos. Uma das suas funções é identificar e facultar ao doente e seus familiares as diferentes possibilidades e diferentes caminhos que se lhe oferecem, perante determinada dificuldade, enriquecendo o horizonte do doente tornando-se para ele como um vector de esperança. Estas diferentes opções que são apresentadas ao doente não implica que se decida por ele, uma vez que só a pessoa pode decidir qual o caminho que quer adoptar.

Quanto à avaliação dos enfermeiros peritos, é fundamental adicionar aos critérios habituais de medidas quantitativas e de avaliação das práticas, estratégias qualitativas de avaliação, bem como uma perspectiva interpretativa designada para descrever a prática dos cuidados de enfermagem.

Bronfenbrenner e Morris (1998) sublinham a importância de se considerar a pessoa como um todo, no decurso do processo de aprendizagem: personalidade, convicções, temperamento, motivações, cultura e objectivos. Todos estes factores, bem como as experiências de vida, medeiam a forma como o formando percebe os contextos envolventes.

Bronfenbrenner (1999) propõe modelo bioecológico e nele salientam-se cinco aspectos:

- Para que ocorra desenvolvimento, é necessário que a pessoa realize actividades com alguma complexidade;
- Para que a aprendizagem seja significativa, deve proporcionar-se ao formando um conjunto de interacções de forma contínua, sistemática e com duração significativa;
- As actividades devem possuir uma complexidade crescente;
- A aprendizagem será mais efectiva e consistente se houver reciprocidade na relação pedagógica;
- Os formadores devem proporcionar aprendizagens significativas, recorrendo a linguagem, factos, símbolos ou mesmo à criatividade e imaginação.

5.3.1. Aprender a prestar cuidados à criança

É no hospital que o aluno aprende a cultura da profissão e inicia e/ou dá continuidade ao processo de socialização profissional.

O estudante ao agir e empenhar-se numa situação de aprendizagem, vai reagir de acordo com a imagem que tem de si, com a cultura oriunda do seu meio social, da organização onde trabalha ou da profissão que irá pertencer.

O estudante competente não é aquele, que aplica às crianças que necessitam de cuidados de higiene e conforto no leito e em qualquer circunstância o mesmo comportamento, a mesma atitude. O aluno deve moldar a sua estratégia de acção, em função da situação que encontra. Implica que ele saiba optar e organizar um conjunto coerente de conhecimentos e capacidades face à situação que se lhe apresenta, prestando cuidados personalizados e individualizados. A coerência dessa integração provém da situação em si, da representação que o estudante já construiu sobre ela, o que torna a combinação de saberes individual e num estudante inédito e particular (Fernandes, 2006).

Segundo a mesma autora, na perspectiva dos cuidados de enfermagem pediátricos, o enfermeiro pode:

- Planear e executar medidas destinadas a melhorar a saúde e a prevenir a ocorrência de doenças aos indivíduos em idade pediátrica e suas famílias e comunidades;
- Assumir a responsabilidade no exercício da profissão nessa área;
- Informar e educar as crianças e jovens;
- Manter-se informado sobre os trabalhos da investigação e neles participar, utilizando os resultados de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados;
- Planificar o seu trabalho e trabalhar em equipa multidisciplinar e adquirir o domínio da abordagem interdisciplinar e interprofissional relativamente aos problemas de saúde da comunidade pediátrica.

De acordo com as competências definidas pela OE, o enfermeiro de cuidados gerais de pediatria tem que demonstrar a um nível efectivo do conhecimento e das capacidades.

Segundo Fernandes (2006), os progressos dos cuidados pediátricos são identificáveis e evidentes nos benefícios que trouxeram para a criança/família. Destas mudanças, os novos desafios aos profissionais de saúde são:

- A sobrevivência de recém-nascidos prematuros e de baixo peso;
- O aparecimento de novas situações clínicas e o aumento de doenças crónicas,
- O aumento da esperança de vida;
- O aumento das crianças com necessidades especiais;
- O aparecimento da depressão infantil;
- O aumento da mortalidade e morbilidade por acidentes;
- O aumento da morbilidade e da dimensão dos comportamentos de risco dos adolescentes;
- A diminuição na duração do internamento em serviços de Pediatria;
- O direito da criança estar acompanhada;

- A admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia;
- Uma criança hospitalizada tem o direito a ter os pais ou seus substitutos junto dela, dia e noite;
- Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho, devendo serem facultadas as facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário;
- Os pais devem ser informados sobre as regras e rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho;
- As crianças e os pais têm direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos;
- Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável;
- As agressões físicas e emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo;
- As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos;
- O Hospital deve fornecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e de segurança;
- A equipa deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família;
- A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança;
- A intimidade de cada criança deve ser respeitada.

Segundo o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey deve-se “*manter a força dos papéis e laços familiares com a criança doente de forma a promover a normalidade da unidade familiar*” (Casey, 1993 citado por Pinto & Figueiredo, 1995, p.15)

A adopção deste modelo como filosofia de cuidados pediátricos, torna necessária a formação de equipas de saúde. Cabe às Escolas Superiores de

Enfermagem adoptarem modelos de ensino/aprendizagem flexíveis tornando-as em centros de aprendizagem. Os professores devem estimular os estudantes, tornando-os participativos e responsáveis, inculcando-lhes o gosto e o interesse pela aprendizagem (Ferreira, Coutinho & Nelas, 2005), de modo a que desenvolvam competências que possam dar uma resposta efectiva às necessidades das crianças e jovens, uma vez que representam uma população em que os *“problemas são específicos, mas também porque o conhecimento e as exigências de intervenção impõem um tipo de resposta diferenciada”* (OE, 2005, p.3)

5.3.2. Espiral da Aprendizagem

Abreu (2007) refere que Abreu (1998) examinou as fases de progressão do aluno numa perspectiva psicológica, desenvolvimental, organizacional e de autonomia, com base na investigação realizada pelo próprio.

Segundo o autor, o desenvolvimento relacional varia quanto à sua duração, mas processa-se em três fases: fase inicial, fase experimental e fase de autonomização.

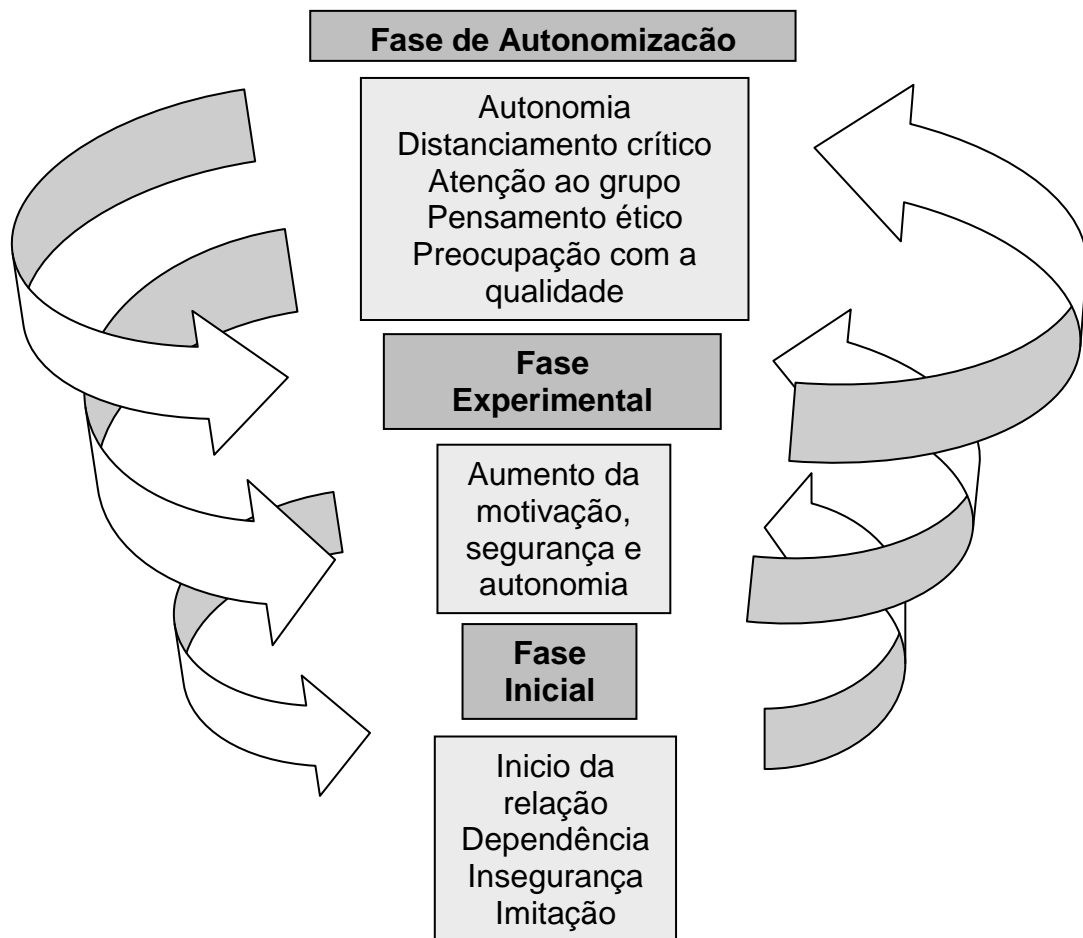


Figura 1 – Processo de *Mentorship*: a progressão do aluno.
Adaptado de Abreu (2007)

- **Fase Inicial**

Período de tempo em que a relação é concebida e torna-se importante tanto para o tutor como para o aluno. Pode ser uma fase mais ou menos longa dependendo do nível de desenvolvimento do aluno e das características do contexto clínico. Esta fase caracteriza-se essencialmente por:

- Dependência do formador;
- Aprendizagem por imitação;
- Necessidade de desenvolver a segurança pessoal, a motivação e a confiança;
- Dimensão cognitiva compartimentada;

- Experiência limitada;
- Elevada ansiedade, canalizada para um elevado desempenho.

Abreu continua que, nesta fase, para que o processo de ensino-aprendizagem seja atingido com sucesso é necessário:

- Preparar com cuidado todos os segmentos de formação,
- Analisar de forma integrada o currículo de formação;
- Identificar as experiências a desenvolver;
- Conhecer o perfil psicológico do estudante e agir em conformidade;
- Demonstrar, integrar, apoiar, motivar, encorajar;
- Promover a auto-segurança;
- Ajudar a desenvolver estruturas para o controlo da ansiedade;
- Centrar-se no desenvolvimento de competências e no crescimento pessoal;
- Atender sobretudo aos processos como objectos de atenção.

- Fase experimental

É a de maior duração no desenvolvimento do processo de tutoria. Segundo Abreu (2007, p.231) o tutor, participa conjuntamente com o aluno em actividades reflexivas e, deve ser capaz de criar um bom ambiente de aprendizagem e de se esforçar para o manter no âmbito da relação supervisiva. O autor refere que o tutor se deve constituir como sujeito facilitador para o aluno, orientando-o no seu trajecto de desenvolvimento pessoal e profissional. Assim, nesta fase verifica-se:

- Aumento gradual da motivação, segurança e autonomia;
- Diminuição da imitação;
- Conflito dependência/autonomia;
- Investimento na compreensão dos processos e das lógicas.

O autor concorda que, no âmbito do processo de tutoria, torna-se necessário:

- Evoluir de uma filosofia de ensino para uma filosofia de aprendizagem com recurso a técnicas de aconselhamento e incentivo à descoberta;
- Assegurar sessões de supervisão consistentes com as práticas a desenvolver, situação de aprendizagem do estudante e exigências da instituição onde se desenvolve o ensino clínico;
- Trabalhar a capacidade analítica e as triangulações;
- Trabalhar a autonomia face à hierarquia de saberes e a percepção das limitações, num contexto de responsabilização;
- Desenvolver práticas de avaliação de forma contínua e sistemática com o formando, ao longo de todo o processo de formação;
- Promover o debate em torno de preocupações de ordem ética;
- Entender o “consumo crítico” do saber do formador por parte do estudante;
- Dar atenção à esfera emotiva;
- Apoiar o aluno na gestão e utilização da informação;
- Potenciar as “energias” pessoais para a auto-estima, a focalização no grupo e a diminuição da insegurança;
- Promover a integração de saberes e formas integradas de aprendizagem, com recurso à prática simulada.

• Fase de autonomização

Última fase do processo, Abreu (2007) diz que tanto o tutor como o aluno reconhecem que houve uma alteração nas tarefas desenvolvimentais, e que a fase anterior já não é desejável. De acordo com o autor, supõe-se que o aluno, até aqui, desenvolveu um conjunto de competências. Há alterações significativas na relação entre o tutor e o aluno. O aluno sente alguma independência e autonomia ao mesmo tempo que sente ansiedade e um sentimento de perda. Esta é a fase da separação. Agora a relação tem características diferentes, sendo uma amizade débil, por vezes caracterizada pela hostilidade e ressentimento.

Abreu refere que a este nível o aluno, normalmente, demonstra:

- Compreensão e aceitação da identidade do formador;
- Motivação e autonomia estáveis;

- Auto-segurança;
- Capacidade para o distanciamento crítico e analítico;
- Entendimento sobre implicações de ordem ética;
- É capaz de definir o seu “próprio caminho”.

Neste estágio de formação clínica, o tutor deve ajudar o aluno a:

- Pensar a qualidade das práticas;
- Centrar a atenção nas dimensões estruturantes da qualidade: os processos, as estruturas e os resultados;
- Promover estratégias de distanciamento crítico;
- Sedimentar uma atitude ética.

Abreu (2007) conclui que o formando, no processo de aprendizagem em contexto clínico, desenvolve diferentes experiências pessoais e de formação, tendo estas uma importância vital para a aprendizagem. Cabe ao tutor perceber esse processo, conhecer a realidade do formando e planear modalidades de formação susceptíveis de gerar aprendizagens significativas que possam ancorar processos futuros de formação pessoal e profissional.

5.4. Relação supervisiva e aprendizagens significativas

As aprendizagens em contexto clínico são fortemente suportadas e mediadas pela relação supervisiva que se estabelece. Mas afinal como é que o supervisor pode desenvolver a relação supervisiva de forma a que os objectivos propostos sejam atingidos?

Bronfenbrenner (1994), segundo Abreu (2007, p.167), refere que no contexto de uma relação diádica, a aprendizagem e o desenvolvimento são facilitadas pela participação do formando em padrões progressivamente mais complexos de actividade recíproca com o tutor, com quem a pessoa desenvolveu uma relação emocional sólida e duradoura.

De acordo com Abreu (2007), Williams e Mclean (1992) enfatizam a relevância de se utilizar uma hierarquia de necessidades, como suporte não didático, com recurso a dimensões que enquadram as necessidades básicas do ser humano: psicológicas, de segurança e de pertença, estima de si, cognitivas estéticas e auto-realização. O formador, que à partida domina os conteúdos da formação, poderá ajudar o formando a desenvolver a capacidade de reconhecer as suas próprias limitações a nível clínico, bem como poderá colaborar com o formando na integração da equipa de enfermagem de uma determinada unidade de cuidados.

Segundo Alarcão e Tavares (2007), a atmosfera afectivo-relacional e sócio-cultural que envolve o processo supervisivo influencia e condiciona-o negativa ou positivamente. Para que este processo se desenvolva da melhor forma é preciso criar condições de forma a existir um clima favorável em que supervisor e formando se colocam numa atitude semelhante à de colegas, em que usem o pleno dos seus recursos e potencialidades, que envolvem não só conhecimentos, como imaginação, afectividade e estratégias.

No decorrer do ensino clínico o formador deverá analisar com o formando as suas experiências de aprendizagem (o quê, como e como aprendeu), o que sentir durante o processo de ensino-aprendizagem e o que foi significativo para si.

Assim sendo, segundo Abreu (2007, p. 167), o processo supervisivo que decorre em contexto clínico permite:

- *“Desenvolver uma aprendizagem centrada na prática;*
- *Analisar os estilos de aprendizagem do formando e a sua forma preferencial de aprender;*
- *Utilizar, no contexto da formação, soluções baseadas na evidência;*
- *Trabalhar com o formando as estratégias de pensamento em enfermagem, os focos de atenção e as matrizes para a decisão;*
- *Direccionar a aprendizagem sobretudo para os processos;*
- *Proporcionar experiências e oportunidades para o desenvolvimento do espírito crítico, pensamento ético e reflexão sobre todo o contexto da prática;*

- *Envolver a equipe na formação e trabalhar a relação com os pares (os outros formandos) como forma indirecta a acção sobre o processo de ensino aprendizagem;*

- *Criar disposições para aprendizagens futuras.”*

Abreu (2007, p.168) refere que a relação supervisiva é fundamental para o desenvolvimento do processo de aprendizagem. No decorrer desta relação, o supervisor investe na transformação do conhecimento do formando, proporcionando um diálogo de natureza reflexiva, com o qual se pretende compreender e explicar vários fenómenos identificados na prática

Segundo o autor, o diálogo é importante para:

- Confirmar saberes, dar apoio e oferecer pistas para o seu desenvolvimento;
- Conferir significados: ajudar o formando a desenvolver aprendizagens significativas e daí relacionar saberes actuais com saberes anteriores aprendidos;
- Favorecer a consciencialização: ter uma ideia mais consistente de si próprio, dos outros e dos contextos bem como a sua posição em relação a todos eles.

Poletti (1983) citado por Garrido et al. (2007), menciona que o ensino de cuidados em enfermagem se deve constituir a partir de um perito em didáctica que seja capaz de incentivar a aprendizagem, estruturando um diálogo permanente com os estudantes de forma a fazê-los desenvolver a capacidade de analisar dados e utilizar processos mentais que os conduzam à criação de paradigmas que auxiliem a prática.

Mosher e Purpel (1972) identificaram seis áreas características que o supervisor deve manifestar:

- Sensibilidade para se aperceber dos problemas e causas dos mesmos;
- Capacidade para analisar, dissecar e conceptualizar os problemas;
- Capacidade para estabelecer uma comunicação eficaz;
- Competência e desenvolvimento curricular e em teoria e prática de ensino;

- *Skills* de relacionamento interpessoal;
- Responsabilidade social que preside em noções claras sobre os fins da educação.

Para Abreu (2007, p.169), o supervisor/tutor, enquanto formador deve assumir as seguintes atitudes:

- Facilitar as interacções com os pares;
- Promover uma identidade positiva para si (para o formando), facilitando o processo de afirmação;
- Ajudar o formando a definir o seu quadro de valores;
- Constituir-se como “modelo” para o aluno, através do qual se possa facilitar a adesão psicológica à profissão;
- Desenvolver uma atitude de justiça no que se refere à análise das experiências de aprendizagem;
- Apelar para o desenvolvimento e aprofundamento do domínio da linguagem profissional;
- Ajudar o formando a gerir emoções, principalmente em contacto com utentes em situação crítica;
- Apoiar o desenvolvimento de um espírito crítico com o objectivo de promover a melhoria contínua;
- Detectar situações de isolamento ou de sofrimento psicológico com potencial negativo para a personalidade ou para a aprendizagem;
- Seleccionar o grau de intervenção respeitando o princípio da autonomização e responsabilização crescentes (fazer, colaborar, aconselhar, partilhar, encorajar);
- Demonstrar empatia, paciência, compreensão e disponibilidade para dialogar e analisar problemas nas esferas pessoal e profissional;
- Identificar a etapa de desenvolvimento de competências clínicas do formando e as correspondentes atitudes, que requerem intervenções por parte do tutor.

Para o formando, o supervisor é um recurso de aprendizagem. Uma representação positiva do formador torna mais fácil a construção de experiências significativas ou lidar com adversidades que infelizmente caracterizam muitas vezes a formação em contexto clínico (Abreu, 2007, p. 170).

Esta experiência significativa para o formando, que se encontra em estágio, pode ser um gesto, um símbolo, uma imagem, um conceito, ou determinado assunto discutido nas aulas ou mesmo uma experiência num estágio clínico anterior. O objectivo é proporcionar aprendizagens positivas, sendo este mais um desafio à relação supervisiva. Aquilo que o supervizando aprendeu nas aulas ou em estágios anteriores é uma matriz de base a partir da qual o aluno analisa a informação posterior (Abreu 2007, p.171). Assim sendo, as aprendizagens prévias influenciam as aprendizagens posteriores, o que justifica que os alunos permaneçam com docentes mais experientes nas suas trajectórias iniciais de aprendizagem profissional.

Para Davies (1995), referenciado por Abreu (2007) a reflexão permite ao aluno desenvolver mais competências que lhe proporcionam mais confiança, segurança e maior responsabilização, ou seja, para o aluno ocorre uma aprendizagem significativa. Quando o aluno se confronta com a nova experiência, assimila novos dados e articula saberes que influenciam o conteúdo da estrutura cognitiva prévia.

5.5. Modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem

Tendo em conta o investimento na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, têm surgido, como seria de esperar, vários modelos de supervisão clínica. Alguns desses modelos de supervisão clínica em enfermagem referenciados por Abreu (2007) são os de Butterworth e Faugier (1993), Bond e Holland (1998), Proctor (1987), Hawkins e Shohet (1989), Johns (1993, 2000), Nicklin (1997), entre outros.

Faugier e Butterworth (1993), citado por Abreu (2007, p.190) propõem a classificação dos modelos e supervisão clínica em enfermagem da seguinte forma:

- *“Modelos que salientam a relação da supervisão;*
- *Modelos que descrevem as funções do papel desempenhado;*
- *Modelos desenvolvimentais que se centram no desenvolvimento da relação supervisiva”.*

O modelo tri-funcional de Proctor é o mais frequentemente citado na bibliografia especializada (Abreu, 2007). Este modelo de supervisão clínica compreende três funções estruturantes: função normativa, que se refere às iniciativas no sentido de promover a qualidade dos cuidados e redução de riscos; função formativa, relacionada com o desenvolvimento das competências profissionais e pessoais; e função restaurativa que se compreende como o suporte necessário do supervisionado para se adaptar ao conjunto de tensões, resultante dos múltiplos contextos envolventes.

Há que salientar que apesar deste modelo ser o mais frequentemente utilizado tem uma lacuna pois não consegue delimitar as intervenções consideradas requisitos para cada uma das funções.

Nicklin (1997) partiu do modelo de Proctor e desenvolveu um modelo de supervisão que se centra na prática. Este modelo defende que a eficácia do profissional aumenta sempre que este conseguir manter o equilíbrio entre as suas várias funções. Os termos normativo, formativo e restaurativo, utilizados por Proctor, foram substituídos por gerível, formativo e de apoio. Nicklin apresenta as etapas do processo de enfermagem num ciclo de supervisão que se desenrola num ciclo de seis etapas: objectivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação.

PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA	
Objectivo	Apreciação de situações-problema, competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afectivas e relacionais.
Identificação do Problema	Clarificação dos problemas e das áreas de intervenção.
Contextualização	Definição de objectivos de intervenção que salvaguardem as expectativas, obrigações e aspirações da instituição, dos utentes e do próprio profissional.
Planeamento	Preparação e programação da intervenção, de acordo com os intervenientes.
Implementação	Concretização das acções planeadas.
Avaliação	Avaliação dos resultados e do processo de supervisão.

Quadro 2 – Ciclo do processo de Supervisão Clínica de acordo com o modelo de Nicklin.
Adaptado de Abreu (2007)

Porém, em todos estes modelos de supervisão clínica, pode-se considerar que existem dois pressupostos de base. O primeiro refere-se à capacidade da Enfermagem de fazer um olhar crítico sobre si própria, o que corresponde a um reconhecimento e maturidade da profissão. O segundo refere-se ao aspecto dos alunos e enfermeiros serem muitas vezes confrontados com situações críticas, que pela sua natureza podem ser agressivos para a sua integridade psicológica.

A existência de uma grande variedade de modelos de supervisão clínica espelha a diversidade das áreas clínicas e sua organização. É muito difícil existir um único modelo porque, a organização das práticas num serviço de pediatria é obrigatoriamente diferente das de um centro de saúde, bem como os contextos, os utentes e necessidades dos supervisados. Também não se pode afirmar que um modelo se sobrepõe a outro uma vez que o fundamental é ter em conta o conjunto de todos estes factores.

Embora existam vários modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem, na sua generalidade têm alguns pontos em comum. Abreu (2002) refere que:

- O sucesso de um processo de supervisão está sempre dependente da qualidade da relação supervisor/supervisado;
- O desenvolvimento de um processo de supervisão requer estruturas e procedimentos adequados, como a formação específica do supervisor e a articulação com outras dimensões organizacionais;
- Existe um vasto número de preocupações inerentes à supervisão clínica que se articulam no decurso da prática clínica, como desenvolvimento pessoal e profissional e segurança das práticas.

Ainda que todos os modelos atribuam grande importância às características do supervisor, bem como a sua formação, na prática isso nem sempre acontece.

Abreu (2002, 2007) refere um estudo realizado por Fowler (1996) em que identifica as dimensões que um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem deve contemplar. Este autor defende que um modelo de supervisão deve consistir num enquadramento conceptual que deve auxiliar a Supervisão Clínica e conter referenciais operatórios.

Fowler (1996) recorreu a métodos qualitativos e quantitativos para mostrar quais as características desejáveis num supervisor, sob a perspectiva do supervisando. Os resultados revelaram que os inquiridos reconhecem a pertinência de um determinado conjunto de características, salientando as capacidades formativas as mais estruturantes do processo de supervisão. Outros investigadores concluíram que os inquiridos não possuíam conhecimentos suficientes sobre supervisão, no entanto era considerada importante a partir do conhecimento intuitivo. Outros resultados revelaram ainda que os enfermeiros que beneficiaram de supervisão clínica têm uma representação positiva acerca da pertinência da sua existência.

PARTE II
CONTRIBUIÇÃO EMPIRICA

CAPÍTULO 6. METODOLOGIA DO ESTUDO

Depois de concluída a pesquisa bibliográfica, torna-se necessário descrever e explicar todos os passos que vão ser percorridos ao longo do trabalho. Neste capítulo pretendemos mencionar os aspectos relacionados com a metodologia que foi utilizada para a realização deste estudo.

Segundo Fortin (1999, pag.131), *“a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização de investigação”*.

A metodologia é a fase do trabalho em que o investigador determina as estratégias e procedimentos com finalidade de encontrar a resposta ao problema por ele definido, comprovando ou não as hipóteses formuladas.

6.1. Tipo de estudo

A abordagem metodológica utilizada nesta investigação é do tipo quantitativo inserida um estudo de natureza correlacional descritiva, por querermos dar ao trabalho objectividade e rigor.

Este método envolve uma colheita de informação numérica, normalmente num determinado momento ou período, e mediante procedimentos estatísticos analisa a informação recolhida.

6.2. Objectivos do estudo

Face à temática em estudo e ao enquadramento teórico explanado, consideramos o seguinte objectivo geral, bem como os objectivos específicos:

Objectivo geral

- Compreender de que forma a supervisão pode contribuir para o desenvolvimento de competências para lidar com a morte de uma criança.

.

Objectivos específicos:

- Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros para saberem lidar com a morte de uma criança.
- Conhecer a pertinência da relação supervisiva, bem como o papel do supervisor no processo de relação de ajuda perante a morte de uma criança.
- Estudar o contributo da religião para lidar com a morte.
- Caracterizar os enfermeiros relativamente à ansiedade estado e ansiedade traço.
- Averiguar o aumento da ansiedade estado dos enfermeiros quando lidam com a morte de uma criança.
- Caracterizar os enfermeiros relativamente ao medo do processo da morte.

6.3. Questões de investigação

Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um problema a examinar e a analisar com o fim de obter novas informações.

Segundo Fortin (1999, p.101) *“as investigações são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação. São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis, assim como a população estudada”*.

Surgiram então algumas questões de investigação para as quais pretendemos obter respostas. São elas:

- Será que a religião influencia a forma como o enfermeiro lida com a morte?
- Será que a variável sócio-profissional influencia a competência para lidar com a morte de uma criança?
- Será que o medo e preocupação da sua própria morte e processo de morrer influenciam a competência dos enfermeiros e estudantes de enfermagem para lidarem com a morte de uma criança?
- Existe alguma diferença entre géneros quanto à competência para lidar com a morte de uma criança?
- Qual a pertinência que os enfermeiros atribuem à supervisão clínica para a aquisição de competências para lidarem com a morte?
- São os enfermeiros ou os estudantes de enfermagem que dão mais importância à supervisão no processo da morte?
- São os enfermeiros com ansiedade traço ou com ansiedade estado que têm mais competência para lidarem com a morte de uma criança?
- Qual será a relação dos enfermeiros com ansiedade traço e o medo e preocupação em relação à morte?
- Qual a influência do tempo de serviço na competência para lidar com a morte de uma criança?
- Quais são as necessidades de formação dos enfermeiros e estudantes de enfermagem em relação à morte de uma criança?
- Será que são os enfermeiros ou os estudantes de enfermagem que têm mais competência para lidarem com a morte de uma criança?

6.4. Hipóteses do estudo

As hipóteses podem ser definidas como enunciados formais das relações previstas entre duas ou mais variáveis em estudo, a população alvo e o tipo de investigação a realizar.

Segundo Fortin (1999) o papel principal das hipóteses num trabalho de investigação é o de sugerir a explicação para as analogias esperadas entre duas ou mais variáveis, mediante formulações prováveis elaboradas pelo investigador no sentido de dar resposta a um problema. As hipóteses só se tornam válidas após terem sido testadas.

A mesma autora considera que as hipóteses podem ser geradas a partir de três situações:

- Da observação que o investigador faz a determinados fenómenos da realidade, sejam da teoria ou de trabalhos empíricos;
- Da teoria, ou seja, com ajuda do raciocínio dedutivo o investigador pode desejar verificar proposições teóricas capazes de terem uma influência ou um efeito sobre a prática;
- Da revisão da literatura e análise que o investigador faz de trabalhos de investigação. Ele pode formular uma hipótese que já foi verificada noutro estudo, mas escolher examinar outra variável.

Neste sentido levantamos algumas hipóteses para este estudo, procurando predizer a relação existente entre as variáveis independentes consideradas pertinentes, com as variáveis dependentes, utilizando para este fim uma linguagem clara, objectiva e precisa. Face aos objectivos do nosso trabalho, construímos o seguinte conjunto de hipóteses de investigação:

H₁: Existem diferenças significativas entre a religião e a competência para lidar com a morte de uma criança.

H₂: Existe correlação entre a competência para lidar com a morte de uma criança e o medo e preocupação em relação à sua própria morte e processo de morrer.

H3: Não há diferenças significativas entre o desenvolvimento da competência para lidar com a morte de uma criança e as variáveis sócio-demográficas da amostra.

H4: A valorização da supervisão clínica no desenvolvimento de competências para lidar com a morte de uma criança é diferente consoante as variáveis socio-profissionais.

H5: Os enfermeiros com ansiedade traço têm mais competência para lidar com a morte de uma criança do que os enfermeiros com ansiedade estado.

H6: Existe correlação entre a ansiedade-traço e o medo e preocupação em relação à morte.

H7: O tempo de serviço influencia a competência para lidar com a morte de uma criança.

H8: os enfermeiros e estudantes de enfermagem não sentem necessidade de formação para lidarem com a morte de uma criança.

H9: Os estudantes de enfermagem têm menos competência para lidarem com a morte de uma criança.

6.5. Variáveis do estudo

A ciência e, posteriormente, a pesquisa, tem como tarefa essencial, descobrir e expressar as relações existentes entre os fenómenos: as variáveis. A identificação e operacionalização das variáveis é uma parte importante de qualquer trabalho de investigação, uma vez que permite uma melhor compreensão do tema em estudo.

Quanto ao conceito de variável podemos afirmar que se refere a tudo aquilo que pode ser assumido com diferentes valores, ou seja, é uma característica de pessoas objectos ou de situações observadas numa investigação às quais se pode atribuir diversos valores.

Neste estudo pretendemos relacionar dois tipos de variáveis – variáveis dependentes e independentes, bem como medir e conhecer qual a influência das variáveis independentes nas variáveis dependentes.

Variáveis dependentes

A variável dependente é aquela que o investigador tem interesse em compreender e explicar, variando em função da mudança e consequência da variável independente. Assim sendo, neste estudo consideramos como variáveis dependentes:

- Competência dos enfermeiros e estudantes de enfermagem para lidarem com a morte de uma criança.
- A valorização que enfermeiros e estudantes de enfermagem atribuem à supervisão clínica para lidarem com a morte de uma criança.

Variáveis independentes

A variável dependente é aquela que o investigador manipula num estudo experimental para que possa medir a sua consequência na variável dependente. Uma vez que esta é a variável que o investigador manipula, consideramos as seguintes:

- Religião
- Tempo de serviço
- Variáveis sócio-demográficas
- Variáveis sócio-profissionais
- Medo em relação à morte
- Estado de ansiedade

6.6. Pré-teste

O pré-teste é a medida de uma variável efectuada nos sujeitos antes que seja aplicado o tratamento experimental, isto é, o ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala (Fortin, 1999).

De acordo com Gil (1995) a realização do pré-teste deve ser sempre realizado antes de se aplicar definitivamente o instrumento de colheita de dados pois o seu valor é testado nesta etapa preliminar. Permite-nos analisar a clareza e a compreensão das questões do nosso instrumento, assim como dos termos utilizados. Permite-nos também saber se as questões utilizadas nos fornecem a informação que desejamos, se o questionário não é muito longo de forma a não causar desinteresse nos inquiridos, bem como se a exposição gráfica é adequada.

Se após a realização do pré-teste surgirem dúvidas ou sugestões por parte dos inquiridos, torna-se necessário efectuar as devidas alterações, para que quando for aplicado o instrumento de recolha de dados à amostra não surjam dúvidas.

Neste sentido aplicámos o nosso pré-teste no dia 12 de Fevereiro de 2009, a algumas enfermeiras do Serviço de Pediatria do Hospital de Aveiro. A escolha dos enfermeiros não foi seleccionada pelo investigador, mas sim totalmente aleatória, uma vez que a equipa de enfermagem é constituída por 35 enfermeiros.

Assim fizeram parte do pré-teste, 10 enfermeiros, conforme podemos observar no Quadro 3, sendo apenas 1 enfermeiro do género masculino (10%) e 9 do género feminino (90%).

	N	%
Masculino	1	10
Feminino	9	90
Total	10	100

Quadro 3 – Distribuição da amostra de acordo com o género (N=10)

6.7. Amostra

Após a decisão quanto à temática do estudo, é necessário seleccionar os sujeitos a serem investigados. Para isso delimita-se primeiro uma população para posteriormente se decidir qual será a amostra. Uma população é *“uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. (...) Qualquer trabalho de amostragem requer uma definição precisa da população a estudar e, portanto, dos elementos que a compõem”* (Fortin, 1999, p.202).

Como se pode compreender, as pesquisas de investigação englobam uma vasta população de elementos, o que torna impossível o seu estudo, na totalidade. Assim, selecciona-se uma amostra que represente uma pequena parte de elementos dessa população.

A amostra é então considerada como um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, caracterizando assim uma cópia em miniatura da população alvo (Fortin, 1999).

O objectivo do investigador é obter uma amostra suficiente. Considerando também as questões de tempo e economia.

Deve ser sempre considerada a representatividade da amostra, ou seja, até que ponto essa amostra se comporta, ou apresenta características similares às da população alvo. No entanto Polit e Hungler (1995) defendem que uma amostra pode não ser totalmente representativa de uma população, uma vez que não se obtém informação de toda a população.

Neste estudo optámos por uma amostra não probabilística por conveniência, ou também chamada accidental, uma vez que a selecção dos inquiridos para a amostra favorece a utilização dos sujeitos mais convenientemente disponíveis. Conscientes no entanto que este método não permite uma extrapolação com confiança dos seus resultados e conclusões.

Os elementos que incluem a amostra são os alunos de enfermagem que haviam terminado o estágio de Pediatria nas seguintes instituições.

- Instituto Piaget de Viseu;
- Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Aveiro

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Escola Superior de Enfermagem do Porto.

São também elementos da amostra os enfermeiros que trabalham nos serviços de Cuidados Intensivos, Cuidados Intermédios, Cirurgia, Medicina da área da Pediatria nas seguintes instituições:

- Hospital Infante D. Pedro, EPE;
- Hospital Pediátrico de Coimbra.

Estas instituições foram seleccionadas devido à maior acessibilidade por parte do investigador. Os questionários foram entregues após autorização por escrito, ou via e-mail. Os dias da aplicação dos questionários nas escolas de enfermagem foram marcados previamente com os professores coordenadores dos cursos. Nos hospitais foram aplicados imediatamente após autorização dos Concelhos de Administração. O início da aplicação do instrumento de investigação foi um processo moroso pelo facto das autorizações das instituições de ensino estarem dependentes da presença dos alunos na escola, uma vez que estes se encontravam em estágio, e nas instituições de saúde teve de passar pelo Conselho de Ética para que pudesse ser aprovada a sua aplicação.

Foram entregues 300 questionários dos quais recebemos 270 (90%), todos eles devidamente preenchidos. Assim fazem parte da amostra 204 (75,6%) estudantes de enfermagem e 66 (24,4%) enfermeiros.

	N	%
Estudantes de Enfermagem	204	75,6
Enfermeiros	66	24,4
Total	270	100

Quadro 4 – Distribuição dos enfermeiros e estudantes de enfermagem (N=270)

Podemos também observar no Quadro 5 que a média de idades dos enfermeiros e estudantes de enfermagem se situa nos 25,9 anos, sendo a idade mínima 20 anos e a idade máxima 56 anos, com um desvio padrão de 8,32.

	N	Mínimo	Máximo	\bar{x}	dp
Idade	270	20	56	25,9	8,32

Quadro 5 – Distribuição da amostra de acordo com a idade (N=270)

No Quadro 6 podemos observar que a amostra é composta por 35 enfermeiros e estudantes de enfermagem do género masculino (13%) e 235 enfermeiras e estudantes de enfermagem do género feminino (87%).

	N	%
Masculino	35	13,0
Feminino	235	87,0
Total	270	100,0

Quadro 6 – Distribuição da amostra de acordo com género (N=270)

6.8. Instrumento de Colheita de Dados

Para Fortin (1999), os instrumentos de colheita de dados são utensílios ou equipamentos usados para obter informação necessária, válida e pertinente à elaboração de um trabalho. Nas palavras da mesma autora (1999, p. 240) “*antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação*”. Como tal o investigador deve conhecer os vários instrumentos de colheita de dados disponíveis.

Polit et al. (1995) referem que a escolha do método de colheita de dados depende de elementos como: a estrutura, a possibilidade de quantificação, imposição e a objectividade da pesquisa.

No sentido de obter informação válida e que se adapte aos objectivos do estudo e características da amostra, bem como aos recursos disponíveis ao alcance do investigador, tornou-se inevitável proceder à construção de um instrumento de colheita de dados.

Para a elaboração de um instrumento é necessária disponibilidade e muita atenção aos detalhes. O investigador necessita de se decidir se vai optar por entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas ou por um questionário de auto-preenchimento, bem como o número de perguntas a elaborar.

Para a elaboração do nosso instrumento de colheita de dados, foram seleccionadas, de acordo com a revisão bibliográfica, todas as variáveis que pareciam ser passíveis de serem estudadas.

O instrumento de colheita de dados escolhido foi um questionário de auto-preenchimento, uma vez que este era o que melhor se adaptava a este tipo de estudo de carácter quantitativo e às características da amostra seleccionada.

O instrumento foi então composto pelas seguintes partes:

▪ **Parte I - Caracterização sócio-profissional**

A primeira parte do questionário consiste na caracterização sócio-profissional da amostra. Como o questionário foi aplicado a enfermeiros e estudantes de enfermagem, para o primeiro grupo esta parte era constituída por 8 questões e para o segundo 5 questões elaboradas pelo investigador.

Para os enfermeiros foram consideradas as seguintes perguntas:

- Idade;
- Género;
- Religião;
- Estado civil;
- Formação académica;
- Categoria profissional;
- Tempo de serviço na instituição;
- Tempo de serviço profissional.

Três destas questões são abertas (idade, tempo de exercício na instituição e tempo de serviço profissional), as restantes são questões fechadas, de forma a obtermos uma caracterização pessoal e profissional dos inquiridos.

Para os estudantes de enfermagem as questões aplicadas foram:

- Idade;
- Género;
- Religião;
- Estado civil;
- Situação Académica.

Para o grupo dos estudantes existe apenas uma questão de resposta aberta (idade) e as restantes de resposta fechada.

▪ **Parte II – STAI-Y (S e T)**

A segunda parte é igual tanto para os enfermeiros como para os estudantes de enfermagem. É constituída pela escala State-Trait Anxiety Inventory, de Spielberger, constituído por 40 itens, dividido em duas escalas de ansiedade, traço e estado (STAI-T e o STAI-S), cada uma delas contendo vinte itens, de tipo *Likert*.

STAI-Y de Spielberger et al (1983) é um inventário para medir a ansiedade estado/traço. Encontra-se dividido em duas escalas, ansiedade traço (STAI-T), que mede a ansiedade como característica do indivíduo, e ansiedade estado (STAI-S), que mede a ansiedade a uma situação não específica. Cada uma delas contém 20 itens, de tipo Likert, de 4 pontos (versão portuguesa de Daniel, Simões, Ponciano e Spielberger, 1995) sendo cada uma destas escalas pontuada de 20 (ansiedade baixa) a 80 (ansiedade alta).

O questionário foi construído por Spielberger (1983), traduzido e adaptado para a língua portuguesa por E. Ponciano em 1994, investigador este que nos autorizou a utilização da versão portuguesa da referida escala para a presente investigação.

- **Parte III – Escala de competências para lidar com a morte de uma criança (ECM)**

-

A terceira parte é constituída por uma escala construída por nós, onde se pretende conhecer quais as competências dos enfermeiros e estudantes de enfermagem no exercício das suas práticas quando se confrontam com a morte de uma criança.

É uma escala do tipo Likert, composto por cinco níveis de resposta: Não concordo veemente (1); Não concordo (2); Indiferente (3); Concordo (4); Concordo Totalmente (5).

- **Parte IV – Escala do medo da morte de Collett-Lester (EMM)**

-

Escala foi construída por Lester, D. & Abdel-Khalek, A.M. (2003) versão Portuguesa adaptada por Anabela Sousa Pereira (2008). Trata-se de uma escala constituída por 28 itens dividido em 4 alíneas: Medo em relação à própria morte, em relação ao seu próprio processo de morrer, em relação à morte dos outros em relação ao processo de morrer dos outros. É uma escala tipo Likert composto por cinco níveis de resposta: muita preocupação (5); preocupação moderada (4,3,2) em que o inquirido indica a intensidade da sua preocupação; e nenhuma preocupação (1).

A escala é pontuada com uma cotação de 140 (muita preocupação em relação à morte) e 28 (nenhuma preocupação em relação à morte).

O tempo médio dispendido pelos inquiridos para o preenchimento do instrumento de colheita de dados foi de 15 minutos.

6.9. Estudo Psicométrico das Escalas

A qualidade de qualquer instrumento de medida é determinada pela sua validade e fidelidade. Como tal, para o estudo da validade recorremos a análises factoriais exploratórias pelo método de Componentes Principais (ACP). Recorremos a rotações ortogonais VARIMAX dos factores, de modo a tornar interpretáveis as soluções que surgiram em cada análise.

Quanto à decisão de retermos factores na análise dos resultados foi praticável através do critério de retenção dos factores que apresentassem valores próprios (*eigenvalue*) iguais ou superiores a 0,400.

Na escolha das soluções factoriais procuramos que a solução final encontrada deveria apresentar aproximadamente 50% da variação total explicada, cada factor deveria ser constituído por dois ou mais itens e não existir disparidade entre a estrutura teórica subjacente ao instrumento e à solução encontrada por nós.

Relativamente ao estudo da validade, procedemos previamente à análise de consistência interna (homogeneidade dos itens) para cada dimensão que surgiu da solução factorial através do *Alpha de Cronbach*.

A par do número de itens, introduzimos o respectivo coeficiente de consistência interna, que devido ao formato tipo *Likert* optou-se pelo cálculo do coeficiente de *Alpha de Cronbach*. Foi também introduzido o índice de homogeneidade interna, ou índice de discriminação através do coeficiente de correlação corrigido entre o resultado na escala (coeficiente de correlação corrigido pela não tomada de pontuação desse item no cálculo do total a correlacionar).

Estudo de Fidelidade do STAI

Fortin (1999) refere que consistência interna consiste em observar se os enunciados de um instrumento de medida têm homogeneidade – *Alpha de Cronbach*.

Assim, no que diz respeito aos valores de consistência interna para esta escala, verificamos que todas as correlações são moderadas a fortes, e que o valor do *Alpha de Cronbach* obtido ($\alpha=.95$) é muito bom, o que indica que a escala é um instrumento fidedigno.

Itens	Mínimo	Máximo	\bar{x}	dp	Correlação Item total	α se eliminado o item
STAI 1	1.00	4.00	1,71	.729	.627	.926
STAI 2	1.00	4.00	1,74	.682	.618	.926
STAI 3	1.00	4.00	1,58	.821	.683	.924
STAI 4	1.00	4.00	1,59	.838	.636	.925
STAI 5	1.00	4.00	1,80	.820	.530	.928
STAI 6	1.00	4.00	2,25	.939	.536	.928
STAI 7	1.00	4.00	1,94	.732	.528	.928
STAI 8	1.00	4.00	1,51	.788	.545	.927
STAI 9	1.00	4.00	1,87	.712	.561	.927
STAI 10	1.00	4.00	1,38	.813	.615	.926
STAI 11	1.00	4.00	2,02	.944	.622	.926
STAI 12	1.00	4.00	1,84	.730	.513	.928
STAI 13	1.00	4.00	1,91	.956	.662	.925
STAI 14	1.00	4.00	1,47	.769	.546	.927
STAI 15	1.00	4.00	2,05	.914	.738	.923
STAI 16	1.00	4.00	1,27	.604	.573	.927
STAI 17	1.00	4.00	1,47	.677	.617	.926
STAI 18	1.00	4.00	1,24	.546	.550	.927
STAI 19	1.00	4.00	2,08	.883	.718	.924
STAI 20	1.00	4.00	1,99	.853	.771	.923
STAI 21	1.00	4.00	1,67	.671	.483	.895
STAI 22	1.00	4.00	1,77	.680	.502	.895
STAI 23	1.00	4.00	1,84	.707	.661	.890
STAI 24	1.00	4.00	1,79	.913	.477	.896
STAI 25	1.00	4.00	1,17	.478	.476	.896
STAI 26	1.00	4.00	2,28	.828	.538	.894
STAI 27	1.00	4.00	2,57	.827	.395	.898
STAI 28	1.00	4.00	1,52	.631	.625	.892
STAI 29	1.00	4.00	1,72	.746	.504	.895
STAI 30	1.00	4.00	1,58	.688	.505	.895
STAI 31	1.00	4.00	1,68	.701	.634	.891
STAI 32	1.00	4.00	1,76	.818	.538	.894
STAI 33	1.00	4.00	2,00	.751	.655	.890
STAI 34	1.00	4.00	2,23	.743	.427	.897
STAI 35	1.00	4.00	1,26	.505	.493	.895
STAI 36	1.00	4.00	1,90	.709	.567	.893
STAI 37	1.00	4.00	1,28	.699	.596	.892
STAI 38	1.00	4.00	1,66	.675	.584	.892
STAI 39	1.00	4.00	1,80	.680	.532	.894
STAI 40	1.00	4.00	1,94	.749	.433	.897
40 itens; $\alpha = .95$						

Quadro 7 – Análise da consistência interna dos itens do STAI. Inclui mínimo, máximo, média, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como o valor do α se apagado o item (N=270)

Estudo de Validade de construto do STAI

Para o estudo de validade de construto recorreremos à Análise Factorial em Componentes Principais, para os 40 itens da escala. Aplicamos uma rotação ortogonal VARIMAX a dois factores de modo a tornar interpretável a solução.

Itens	1	2
STAI 1	,684	
STAI 2	,563	(,360)
STAI 3	,744	
STAI 4	,703	
STAI 5	,535	
STAI 6	,562	
STAI 7	,472	
STAI 8	,512	
STAI 9	,495	(,357)
STAI 10	,650	
STAI 11	,647	
STAI 12	,456	(,365)
STAI 13	,641	
STAI 14	,479	
STAI 15	,762	
STAI 16	,530	
STAI 17	,586	
STAI 18	,471	
STAI 19	,758	
STAI 20	,801	
STAI 21		,367
STAI 22	(,366)	,410
STAI 23		,651
STAI 24		,548
STAI 25		,536
STAI 26		,384
STAI 27	,362	
STAI 28		,684
STAI 29		,598
STAI 30		,490
STAI 31		,663
STAI 32		,626
STAI 33		,608
STAI 34		,432
STAI 35		,595
STAI 36		,490
STAI 37		,706
STAI 38		,608
STAI 39		,469
STAI 40		,457
Valores Próprios	8.93	7.19
%Variância explicada	22.32	17.99
%Variância acumulada	22.32	40.31
α do factor	.93	.90

Quadro 8 – Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 2 factores (N=270) da STAI. Inclui valores próprios (eigenvalue); % variância explicada e acumulada

Como pudemos verificar no Quadro 8, a variância para o total da escala é de 40,31%, sendo o factor 1 – Ansiedade Estado (STAI-S) que agrupa os itens 1 a 20 e explica 22,32% da variância.

O factor 2 – Ansiedade Traço (STAI-T) que agrupa os itens 21 a 40 explica 17,99% da variância.

É de salientar que os valores de *Alpha de Cronbach* encontrados por dimensão são bastante satisfatórios.

Estudo de Fidelidade da Escala de Competências para Lidar com a Morte de uma Criança (ECM)

Relativamente aos valores de consistência interna para a escala de competências para lidar com a morte de uma criança, levantaram-se algumas questões relativamente aos itens 1, 2, 3, 10, 13 e 16.

- O item 3, “Existe muita formação sobre a morte” apresentava uma correlação negativa e praticamente nula com a escala ($r = -.017$). Se o item fosse retirado da escala, esta passaria a apresentar um $\alpha = .672$ tendo em conta os .654 que apresentava inicialmente.

A retirada dos restantes itens proporcionava um aumento considerável do Alpha de Cronbach para .711 (Quadro 9). São eles:

- Item 1 “*No decorrer do curso base, tive formação sobre a morte*”.
- Item 2 “*Fui ensinado(a) a encontrar “defesas” para me abstrair da morte de alguém*”.
- Item 10 “*A morte é o grande mistério da vida*”.
- Item 13 “*Não sei o que dizer a uma criança que sabe que vai morrer*”.
- Item 16 “*Quando uma criança está a morrer e a família não se encontra presente, tento acompanhá-la na fase final da sua vida, caso me encontre disponível*”.

Como tal, o número de itens foi reduzido para 22, sendo o valor de fidelidade da escala bastante satisfatória.

Itens	Mínimo	Máximo	\bar{x}	dp	Correlação Item total	α se eliminado o item
ECM 4	1.00	5.00	2,31	1.083	.323	.696
ECM 5	1.00	5.00	1,89	.967	.238	.704
ECM 6	1.00	5.00	3,19	1.143	.338	.695
ECM 7	1.00	5.00	1,91	1.268	.180	.711
ECM 8	1.00	5.00	2,71	1.227	.369	.691
ECM 9	2.00	5.00	4,34	.714	.011	.717
ECM 11	1.00	5.00	2,37	1.112	.251	.703
ECM 12	1.00	5.00	2,03	1.028	.138	.712
ECM 14	1.00	5.00	2,15	1.157	.407	.688
ECM 15	1.00	5.00	3,19	1.077	.125	.713
ECM 17	1.00	5.00	3,54	1.054	.419	.688
ECM 18	1.00	5.00	2,94	1.136	.245	.703
ECM 19	1.00	5.00	3,92	.951	.241	.703
ECM 20	1.00	5.00	1,98	.898	.316	.698
ECM 21	1.00	5.00	3,50	1.120	.404	.689
ECM 22	1.00	5.00	3,58	1.197	.362	.692
ECM 23	1.00	5.00	3,76	.995	.427	.688
ECM 24	1.00	5.00	3,79	.959	.234	.704
ECM 25	1.00	5.00	3,76	.960	.242	.703
ECM 26	1.00	5.00	3,92	.907	.251	.703
ECM 27	1.00	5.00	3,45	1.109	.153	.711
ECM 28	1.00	5.00	3,76	1.013	.136	.712
22 itens; $\alpha=.711$						

Quadro 9 – Análise da consistência dos itens da ECM. Inclui mínimo, máximo, média, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como o valor do α se apagado o item (N=270)

Estudo de Validade de construto da Escala de Competências para lidar com a morte de uma criança (ECM)

Para o estudo de validade de construto recorreremos à análise factorial em componentes principais, para os 22 itens da escala. Aplicamos uma rotação ortogonal VARIMAX a 6 factores para que a solução seja interpretável. Retivemos 6 factores:

Factor 1 – Morte da criança, engloba os itens 8, 19, 21, 22, 23 e explica 10,65% da variância.

Factor 2 – Supervisão Clínica, é constituído pelos itens 24 e 25 e explica 9,25% da variância.

Factor 3 – Formação sobre a morte, inclui os itens 4, 5, 12 e explica 8,79% da variância.

Factor 4 – Percepção da morte, contém os itens 6, 7, 11, 18, 28 e explica 7,94% da variância.

Factor 5 – Comunicação, abrange os itens 14, 17, 20, 27 e explica 7,85% da variância.

Factor 6 – Realidade da morte, inclui os itens 9, 15 e 26 e explica 6,73% da variância.

Itens	1	2	3	4	5	6
ECM 4			,789			
ECM 5			,785			
ECM 6				,468		
ECM 7				,684		
ECM 8	,504			(,363)		
ECM 9						,587
ECM 11				,465		
ECM 12			,475		(,397)	
ECM 14					,501	
ECM 15						,584
ECM 17					,634	
ECM 18				,429	(,382)	
ECM 19	,439		(,355)			
ECM 20					,372	
ECM 21	,690					
ECM 22	,741					
ECM 23	,691					
ECM 24		,938				
ECM 25		,932				
ECM 26						,533
ECM 27					,649	
ECM 28				,353		
% Variância explicada	10,65	9,25	8,79	7,94	7,85	6,74
% Variância acumulada	10,65	19,91	28,70	36,64	44,49	51,23

Quadro 10 – Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 6 factores da ECM (N=270). Inclui % da variância explicada e % da variância acumulada.

A totalidade da escala explica 51,23% da variância, e todos os factores têm um valor próprio superior a 1.00.

Itens	Factor
ECM 1 - Morte da Criança	3,399
ECM 2 - Supervisão Clínica	2,144
ECM 3 - Formação sobre a morte	1,675
ECM 4 – Percepção da morte	1,393
ECM 5 – Comunicação	1,358
ECM 6 - Realidade da morte	1,301

Quadro 11 – Matriz de saturação dos itens da ECM. Inclui valores próprios (N = 270)

Estudo de Fidelidade da Escala do Medo da Morte de Collett-Lester (EMM)

Para procedermos ao estudo da fidelidade da Escala do Medo da Morte de Collett-Lester (EMM), procedemos inicialmente ao seu cálculo para o total da escala e, posteriormente por dimensão.

O valor obtido para o total dos 28 itens é bastante bom ($\alpha=.92$), o que atesta a fidelidade da escala (Quadro 12).

Itens	Mínimo	Máximo	\bar{x}	dp	Correlação Item total	α se eliminado o item
EMM 1	1.00	5.00	3,51	1.25459	,425	,918
EMM 2	1.00	5.00	3,67	1.14606	,568	,915
EMM 3	1.00	5.00	3,48	1.25168	,535	,916
EMM 4	1.00	5.00	3,91	1.18574	,447	,917
EMM 5	1.00	5.00	2,86	1.42981	,518	,916
EMM 6	1.00	5.00	3,11	1.32557	,579	,915
EMM 7	1.00	5.00	2,56	1.40406	,566	,915
EMM 8	1.00	5.00	3,39	1.31985	,542	,916
EMM 9	1.00	5.00	4,17	1.07032	,607	,915
EMM 10	1.00	5.00	4,12	,98495	,553	,916
EMM 11	1.00	5.00	4,16	,95921	,574	,916
EMM 12	1.00	5.00	3,73	1.07753	,568	,915
EMM 13	1.00	5.00	3,83	1.07753	,605	,915
EMM 14	1.00	5.00	4,24	,97625	,595	,915
EMM 15	1.00	5.00	4,61	,71549	,470	,917
EMM 16	1.00	5.00	3,05	1.35415	,468	,917
EMM 17	1.00	5.00	4,26	,97617	,490	,917
EMM 18	1.00	5.00	3,25	1.26926	,457	,917
EMM 19	1.00	5.00	3,88	1.07040	,588	,915
EMM 20	1.00	5.00	2,85	1.26737	,398	,918
EMM 21	1.00	5.00	3,98	,99994	,570	,915
EMM 22	1.00	5.00	3,14	1.15696	,454	,917
EMM 23	1.00	5.00	2,91	1.17630	,502	,916
EMM 24	1.00	5.00	4,13	,95084	,400	,918
EMM 25	1.00	5.00	3,68	1.11406	,491	,917
EMM 26	1.00	5.00	3,72	1.01524	,485	,917
EMM 27	1.00	5.00	3,78	,99994	,517	,916
EMM 28	1.00	5.00	3,70	1.08778	,604	,915
28 itens; $\alpha=.92$						

Quadro 12 – Análise de consistência dos itens da EMM. Inclui médias, desvios padrões e correlação item total corrigida, bem como valor de α se apagado o item (N=270)

Ainda em relação à fidelidade, por dimensão, todos os valores são aceitáveis.

Itens por factor	Correlação item total	α se item eliminado
Factor 1 - Em relação à sua própria morte EMM 1 EMM 2 EMM 3 EMM 4 EMM 5 EMM 6 EMM 7 α do factor 1 da EMM = .84	.412 .628 .653 .530 .614 .702 .622	.844 .814 .809 .827 .815 .800 .813
Factor 2 - Em relação ao seu próprio processo de morrer EMM 8 EMM 9 EMM 10 EMM 11 EMM 12 EMM 13 EMM 14 α do factor 2 da EMM = .87	.544 .715 .657 .698 .678 .647 .615	.870 .840 .848 .844 .845 .849 .854
Factor 3 - Em relação à morte de outros EMM 15 EMM 16 EMM 17 EMM 18 EMM 19 EMM 20 EMM 21 α do factor 3 da EMM = .79	.443 .425 .566 .557 .637 .461 .643	.781 .789 .757 .757 .742 .778 .743
Factor 4 - Em relação ao processo de morrer de outros EMM 22 EMM 23 EMM 24 EMM 25 EMM 26 EMM 27 EMM 28 α do factor 4 da EMM = .84	.537 .579 .518 .670 .661 .685 .506	.826 .819 .827 .804 .806 .803 .830

Quadro 13 – Análise de consistência dos itens da EMM. Inclui correlação item total corrigida, bem como valor de α se apagado o item em função do factor em que cada item está inserido (N=270)

Estudo de Validade de construto da Escala do Medo da Morte de Collett-Lester (EMM)

Quanto à validade construto da EMM, seguimos o modelo original de Collett-Lester.

6.10. Procedimentos

O procedimento de colheita de dados envolve uma panóplia de decisões previamente estudadas e programadas, com o objectivo de maximizar a rentabilidade do trabalho a fim de evitar esforços inúteis.

Segundo Fortin (1999) é importante tomar todas as providências necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nos estudos.

Para a realização deste estudo foram tomadas providências no sentido de obter consentimento livre e informado das participantes na investigação, após o conhecimento do estudo em causa. Também foram tomadas diligências para obter autorização e colaboração para a aplicação do instrumento da colheita de dados nas Escolas Superiores de Enfermagem e Hospitais seleccionados pelo investigador.

6.10.1. Procedimentos do pré-teste

O pré-teste do instrumento de colheita de dados foi aplicado a uma amostra dos enfermeiros do serviço de Pediatria do Hospital Infante D. Pedro. Esta decorreu na presença do investigador, que após ter sido explicado aos colegas a que fim se destinava, bem como o contexto e objectivos do estudo. Foi também

explicado que a participação era voluntária, estando o anonimato garantido, bem como a confidencialidade dos questionários.

Após o preenchimento do instrumento de colheita de dados, o investigador registava as alterações propostas pelos inquiridos que praticamente não apresentaram dúvidas quanto à compreensão das perguntas efectuadas. Apenas o item 6, da Escala de Competências para lidar com a Morte de uma Criança, “*A morte é algo a que não fico indiferente mas tento esquecer*”, é que necessitou de reformulação, uma vez que os colegas evidenciaram que apesar de tentarem esquecer a morte não quer dizer que se sintam indiferentes à mesma.

Pudemos constatar que a maioria dos inquiridos preencheu o questionário de uma forma pronta, colaborante e com poucas dúvidas.

De salientar que aquando o preenchimento do instrumento de colheita de dados na fase do pré-teste foram feitos comentários bastante antagónicos. Se por um lado uns inquiridos achavam que era um tema bastante interessante e pertinente, por outro havia os elementos que achavam o tema bastante deprimente e que os fazia pensar na morte, assunto que tentam esquecer.

Quando questionados acerca da sua opinião em relação ao questionário, nomeadamente em relação à dificuldade no seu preenchimento, extensão do mesmo e compreensão das perguntas, de uma forma geral responderam que o questionário era fácil de preencher.

O tempo médio do preenchimento dos questionários foi de aproximadamente 10 minutos.

6.10.2. Procedimentos do estudo

Para a realização deste estudo foram seguidas várias etapas, no sentido de obter autorização e colaboração para a aplicação dos questionários nas Escolas Superiores de Enfermagem e Hospitais acima mencionados.

A primeira fase dos procedimentos do estudo decorreu em Fevereiro de 2009, quando foi pedida autorização formal às Escolas de Enfermagem e

Hospitais. Foi enviado um requerimento por correio, acompanhado de um exemplar do instrumento de colheita de dados, onde eram mencionados os propósitos e objectivos do estudo bem como o curriculum vitae do investigador, ao cuidado dos Srs. Presidentes Executivos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Instituto Piaget de Viseu, Escola Superior de Enfermagem do Porto e Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Aveiro, e aos Srs. Presidentes do Conselho de Administração do Hospital Infante D. Pedro, EPE, Hospital Pediátrico de Coimbra, Hospital de Crianças Maria Pia e Maternidade Júlio Dinis.

Após o envio dos pedidos de autorização foi necessário aguardar algum tempo pela resposta das instituições. O tempo aguardado foi cerca de três meses e não foi obtida resposta do Hospital de Crianças Maria Pia e Maternidade Júlio Dinis.

Apesar da resposta rápida das Escolas de Enfermagem, os questionários só foram possíveis de ser aplicados em Junho e Julho de 2009 porque os alunos se encontravam em estágio, o que tornava complicado proceder ao seu preenchimento pelos mesmos. Foi então combinado com os coordenadores da disciplina de Pediatria um dia em que os alunos se reunissem nas Escolas e nessa altura proceder ao preenchimento do instrumento de colheita de dados. O investigador esteve sempre presente durante a aplicação do instrumento de colheita de dados nas Escolas de Enfermagem. Antes da sua aplicação o investigador apresentou-se, explicou a todos os alunos os objectivos do estudo, o carácter voluntário do mesmo bem como a garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados.

O instrumento de colheita de dados foi aplicado no Hospital Infante D. Pedro entre o dia 29 de Maio e 29 de Junho de 2009 aos enfermeiros do serviço de Pediatria e UCIN que procederam imediatamente ao seu preenchimento aquando a sua entrega.

Após a autorização formal do Hospital Pediátrico de Coimbra, no dia 20 de Julho 2009 o investigador entregou o instrumento de colheita de dados aos chefes, uma vez que é bastante difícil entregar a todos os enfermeiros, dos serviços de Urgência, Medicina e Cuidados Intensivos para que fossem entregues

aos elementos constituintes de cada serviço, após explicação dos objectivos do estudo. Em cada um dos questionários ficou anexado o esclarecimento do estudo bem como o seu carácter voluntário e garantia do seu anonimato. Procedeu-se à recolha dos questionários dias 3 e 17 de Agosto de 2009.

Desta forma foi garantido um tratamento justo e equitativo a todos os sujeitos antes, durante e após a sua participação no estudo. De referir ainda que de uma forma geral tanto os alunos como os enfermeiros se disponibilizaram prontamente a participar neste estudo de investigação, o que garante um consentimento livre e esclarecido, uma vez que o facto de conhecerem o que lhes estava a ser pedido e para que fim a informação iria ser utilizada.

6.10.3. Procedimentos Éticos

A ética trata o estudo e a avaliação da conduta humana nas situações reais, preocupa-se com o Homem enquanto entidade biomédica. Na escala de valores humanos, o direito pessoal do individuo, a sua integridade psíquica e funcional é mais importante que o avanço da ciência, pois por si só não oferece garantias.

A pesquisa que envolve seres humanos requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger os direitos dos sujeitos.

Baseado nesta perspectiva, o investigador deve respeitar e preocupar-se com a dignidade e o bem-estar das pessoas que vão participar no seu estudo, sem nunca esquecer as regulamentações legais e a deontologia profissional relativamente à elaboração de investigações com seres humanos.

Conscientes dos direitos fundamentais das pessoas, aplicamos esforços no sentido de as respeitarmos ao longo do planeamento e da realização deste estudo.

“Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas” Reynolds citado por Fortin (1999, pag.113).

O tipo de estudo que desenvolvemos enquadra-se no risco temporário, pois consideramos mínimo o risco de sentir desconforto durante a investigação. Por

outro lado, ao elegermos o questionário como instrumento de colheita de dados procuramos minimizar o risco do sujeito sentir desconforto, que pode ser físico (cansaço, cefaleias), psicológico e social (ansiedade, stress, constrangimento) e ainda económico (tempo disponibilizado para a participação no estudo).

Foram cumpridos os seguintes princípios:

- Respeitamos e garantimos os direitos de quem participou voluntariamente neste estudo;
- Informamos e explicamos aos participantes o estudo e seus objectivos, sendo estes livres de optar ou não pela sua participação;
- Mantemos a honestidade nas relações estabelecidas com os participantes;
- Aceitamos a decisão dos indivíduos;
- Estabelecemos um acordo com os participantes de modo a que fiquem explícitas as responsabilidades mútuas (este acordo foi estabelecido antes do início do preenchimento do instrumento de colheita de dados);
- Protegemos os participantes de prejuízos morais e/ou profissionais;
- Mantivemos a confidencialidade e o anonimato;
- Solicitamos a autorização das instituições para a realização do estudo.

6.11. Análise dos dados

A análise dos dados é uma das etapas determinantes para o sucesso de um estudo uma vez que permite ordenar e atribuir um significado aos dados colhidos, através do instrumento de colheita de dados utilizado pelo investigador.

Para a análise dos dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), na versão 17.0 para Windows. Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, como cálculo das medidas de tendência central (médias aritméticas), medidas de dispersão (desvio padrão), bem como às distribuições de frequências que foram apresentadas nos quadros sempre que se mostrou

adequado. Para o estudo das hipóteses recorreremos aos Testes *t* de Student para grupos independentes, Análises de variância de um critério (A-NOVA) e Teste de Significância da Correlação de Pearson.

Na análise inferencial utilizaram-se os seguintes níveis de significância:

- $p > 0.05$ não significativo;
- $p < 0.05$ significativo;
- $p < 0.01$ bastante significativo;
- $p < 0.001$ altamente significativo.

Para o estudo da validade do construto recorreremos à utilização da Análise em Componentes Factoriais com rotações ortogonais VARIMAX. Para o estudo de fidelidade recorreremos ao cálculo do coeficiente de consistência interna para cada uma das escalas a utilizar – *Alpha de Cronbach*.

CAPÍTULO 7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados provêm de factos observados no decurso da colheita de dados. Estes factos são analisados e apresentados de maneira a continuarem na ligação lógica com o problema de investigação proposto.

Numa primeira etapa procedemos à descrição da apresentação dos dados relativos às variáveis sócio-demográficas, recorrendo aos critérios estatísticos referidos anteriormente.

Posteriormente faremos a apresentação e discussão dos resultados encontrados relacionando-os com a bibliografia consultada.

A apresentação e análise dos dados estão estabelecidas de acordo com a sua sequência no instrumento de colheita de dados.

Com o objectivo de facilitar a identificação e compreensão do problema em questão, apresentamos os dados em quadros, precedidos de uma breve análise descritiva, de forma a tornar a sua interpretação mais clara.

7.1. Caracterização sócio-demográfica

Conforme se verifica anteriormente (Quadro 6) a amostra é formada maioritariamente por enfermeiros e estudantes de enfermagem do género feminino, 235 (87%) e 35 (13%) do género masculino. Esta disparidade deve-se ao facto da profissão ser exercida na maioria por mulheres, como tal não tem qualquer significado.

Verificamos também que a média de idades da amostra é de 25,9 anos, sendo que a idade mínima é de 20 anos e a idade máxima é 56 anos (Quadro 5). Ao fazer uma análise mais detalhada podemos constatar que a idade mínima dos estudantes de enfermagem é de 20 anos, a máxima de 33 anos com um desvio padrão de 1,54. Já para os enfermeiros a idade mínima é de 24 anos, a máxima de 56 com desvio padrão de 9,56.

	Mínimo	Máximo	\bar{x}	dp
Estudantes	20	33	22,08	1,54
Enfermeiros	24	56	37,74	9,56

Quadro 14 – Descrição da amostra de acordo com a idade em função da categoria profissional
(N=270)

Relativamente ao estado civil da amostra são maioritariamente solteiros (82,2%) com N = 222 em que 203 são estudantes de enfermagem, seguido dos casados (13,3%), com N = 36 sendo 1 estudante de enfermagem, em união de facto (3,7%) e os divorciados (0,7%).

Em relação à religião a amostra é maioritariamente Católica (93%), seguindo-se os que são Ateus (1,9%) e os que não têm qualquer tipo de religião (1,9%), depois os agnósticos, wiccanos, politeístas e evangélicos que estão inseridos nas outras religiões só com um representante de cada grupo religioso (1,6%), os Protestantes (1,1%) e finalmente Testemunhas de Jeová (0,7%).

Variáveis	N	%
Género		
Masculino	35	13
Feminino	235	87
Estado Civil		
Solteiro	222	82,2
Casado	36	13,3
União de facto	10	3,7
Divorciado	2	0,7
Religião		
Católica	251	93
Ateu	5	1,9
Nenhuma	5	1,9
Protestante	3	1,1
Testemunha de Jeová	2	0,7
Outra	4	1,6

Quadro 15 – Descrição da amostra de acordo com características sócio-demográficas (N=270)

Relativamente ao local de onde foram aplicados nos instrumentos de colheita de dados aos estudantes de enfermagem verificamos que foram

aplicados 79 questionários (38,7%) na Escola Superior de Enfermagem do Porto, 62 (30,4%) no Instituto Piaget de Viseu, 43 (21,1%) na Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Aveiro e 20 (9,8%) na Escola Superior de Coimbra.

Local	N	%
Porto	79	38,7
Viseu	62	30,4
Aveiro	43	21,1
Coimbra	20	9,8
Total	204	100,0

Quadro 16 – Descrição dos estudantes de enfermagem de acordo com o local onde foram aplicados os instrumentos de colheita de dados (N=204)

Quanto à distribuição dos enfermeiros a quem foram entregues os questionários podemos concluir que preencheram 39 enfermeiros (59,1%) no Hospital Pediátrico de Coimbra e 27 enfermeiros (40,9%) no Hospital Infante D. Pedro.

Local	N	%
Coimbra	39	59,1
Aveiro	27	40,9
Total	66	100,0

Quadro 17 – Descrição dos enfermeiros de acordo com o local onde foram aplicados os instrumentos de colheita de dados (N=66)

7.2. Caracterização sócio-profissional

No que se refere à formação académica, verificamos que a grande maioria da amostra são estudantes de enfermagem do 4º ano da licenciatura (68,1%), a seguir são os enfermeiros com licenciatura (17,8%), alunos do 3º ano da licenciatura (7,4%), enfermeiros com especialidade (5,6%) e enfermeiros com bacharelato (1,1%).

Quanto à distribuição por categoria profissional, a maioria pertence à categoria de “Estudante” (75,6%), seguidos de “Enfermeiro Graduado” (13%) e de “Enfermeiro” (8,5%), posteriormente ela categoria de “Enfermeiro Especialista” (2,6%) e finalmente “Enfermeiro-Chefe” (0,4%).

Variáveis	N	%
Formação académica		
Estudantes 3º ano	20	7,4
Estudantes 4º ano	184	68,1
Bacharelato	3	1,1
Licenciatura	48	17,8
Especialidade	15	5,6
Categoria Profissional		
Estudante	204	75,6
Enfermeiro	23	8,5
Enfermeiro Graduado	35	13
Enfermeiro Especialista	7	2,6
Enfermeiro Chefe	1	0,4

Quadro 18 – Descrição da amostra de acordo com características sócio-profissionais (N=270)

Podemos também observar no Quadro 19 que a média de tempo de exercício profissional dos enfermeiros se situa nos 15,09 anos, sendo o tempo mínimo de 2 anos e máximo de 36 anos, com um desvio padrão de 9,69.

	Mínimo	Máximo	\bar{x}	dp
Tempo de serviço profissional	2,00	36,00	15,09	9,69

Quadro 19 – Estatísticas resumo da variável tempo de exercício profissional (N=66)

7.3. Caracterização em relação à ansiedade

Relativamente ao estado de ansiedade dos enfermeiros procedemos previamente ao cálculo das medidas de tendência para os dois tipos de ansiedade que apresentamos no Quadro 20. Como pudemos verificar, em relação à ansiedade traço (STAI-T) o valor médio é 35,46 e em relação à ansiedade estado (STAI-S) um valor médio de 31,62. Podemos concluir que os enfermeiros não são muito ansiosos.

	Mínimo	Máximo	\bar{x}	dp
STAI-T	20,00	78,00	35,46	9,113
SATI-S	20,00	73,00	31,62	9,942

Quadro 20 – Estatísticas resumo dos estados de ansiedade dos enfermeiros (N=66)

Quanto à ansiedade traço dos estudantes de enfermagem verificamos no Quadro 21 que o valor médio é de 36,24. Relativamente à ansiedade estado a média obtida de 35,85 sugere que também os estudantes de enfermagem também não sofrem de ansiedade.

	Mínimo	Máximo	\bar{x}	dp
STAI-T	21,00	65,00	36,24	8,156
SATI-S	20,00	66,00	35,85	1,035

Quadro 21 - Estatísticas resumo dos estados de ansiedade dos estudantes de enfermagem (N=204)

7.4. Caracterização em relação ao medo e preocupação face à morte

No que diz respeito à análise do medo e preocupação da morte podemos observar no Quadro 22 que tanto os enfermeiros como estudantes de enfermagem se preocupam mais “*Em relação ao seu próprio processo de morrer*” ($\bar{x} = 27,67$; $dp = 5,58$), seguindo-se do medo e preocupação “*Em relação à morte*

dos outros” ($\bar{x} = 25,91$; $dp = 5,18$). O Factor que é menos receado é a preocupação “Em relação à sua própria morte” ($\bar{x} = 23,13$; $dp = 6,44$).

Factores	Mínimo	Máximo	\bar{x}	dp
EMM Factor 1 - Em relação à sua própria morte	7,00	35,00	23,13	6,442
EMM Factor 2 - Em relação ao seu próprio processo de morrer	7,00	35,00	27,67	5,586
EMM Factor 3 - Em relação à morte de outros	8,00	35,00	25,91	5,186
EMM Factor 4 - Em relação ao processo de morrer de outros	9,00	35,00	25,11	5,361

Quadro 22 – Estatísticas resumo para os factores da EMM (N= 270)

7.4.1. Testes de Hipóteses

Apresentamos de seguida a formulação das hipóteses elaboradas por nós para o desenvolvimento do estudo a que nos propusemos.

H₁ – Existem diferenças significativas entre a religião e a competência para lidar com a morte de uma criança.

Para sabermos se a religião influencia a competência que os enfermeiros e estudantes de enfermagem têm para lidar com a morte de uma criança procedemos ao cálculo de Teste A-NOVA uma vez que queremos estudar grupos com mais do que uma variável.

Religião	N	\bar{x}	dp	F	p
Católica	251	68,47	8,691	1,671	,142
Ateia	5	65,20	6,496		
Protestante	3	57,66	11,593		
Testemunha de Jeová	2	66,00	4,242		
Nenhuma	5	63,80	9,471		
Outra	4	62,50	8,962		

Quadro 23 – Resultado da aplicação do teste A-NOVA entre competência e religião (N=270)

Como se pode verificar no quadro 23 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à competência para lidar com a morte de uma criança e a religião ($F_{(269,5)} = 1.671$; $p > 0.05$).

O resultado obtido deve-se ao facto de a compaixão e a atenção serem um fio condutor comum a todas as crenças religiosas e inclinações espirituais. Apesar dos cuidados de saúde serem prestados por diferentes tipos de enfermeiros com educações, crenças filosóficas e religiões distintas dos utentes, para que possam prestar cuidados de excelência, têm de estar conscientes das convicções e princípios religiosos, e formação específica de cada pessoa para assim se poder adaptar (Bolander, 1998).

H2 – Existe correlação entre a competência para lidar com a morte de uma criança e o medo e preocupação em relação à sua própria morte e processo de morrer.

Esta hipótese mostra que existe correlação entre a competência para lidar com a morte de uma criança e o medo e preocupação em relação à sua própria morte e essa correlação é altamente significativa ($r = .338$; $p < 0.001$). Quanto maior é o medo e preocupação da amostra em relação à sua própria morte, maior é a competência para lidar com a morte de uma criança.

Itens	ECM Total
EMM – Em relação à sua própria morte	r= .338*** p= .000 *** p < 0.001

Quadro 24 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação da EMM referente ao medo e preocupação em relação à sua própria morte e a competência para lidar com morte de criança (N=270)

Também em relação ao medo que enfermeiros e estudantes de enfermagem têm em relação ao seu próprio processo de morrer podemos concluir que influencia a competência para lidar com a morte de uma criança. Quanto mais medo têm em relação ao seu próprio processo de morrer, maior é a competência para lidar com a morte de uma criança ($r = .211$; $p < 0.001$).

Itens	ECM Total
EMM – Em relação ao seu próprio processo de morrer	r= .211*** p= .000 *** p < 0.001

Quadro 25 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação da EMM referente ao medo e preocupação em relação ao seu próprio processo de morrer e a competência para lidar com morte da criança (N=270)

Tanto os enfermeiros como estudantes de enfermagem ao desenvolverem uma relação empática com os doentes acabam por se projectar no próprio doente vivendo a sua dor, o seu medo. Ao sentirem medo e preocupação em relação à sua própria morte e seu próprio processo de morrer, as suas atitudes acabam por reflectir nos cuidados de enfermagem. Como nos diz Diogo (2006) cuidar é uma forma de vivenciarmos uma situação em que estamos presentes. A mesma autora refere ainda que consequentemente à experiência emocional está a postura típica de empatia dos enfermeiros que os faz lidar, de determinada forma, encontrando sentido para a sua própria vivência, procurando agir de acordo com o que seriam as suas próprias necessidades se estivesse na posição do doente.

H3 – Não há diferenças significativas entre o desenvolvimento da competência para lidar com a morte de uma criança e as variáveis sócio-demográficas da amostra.

Relativamente esta hipótese, procedemos de igual modo ao cálculo do teste t para grupos independentes, A-NOVA e teste de correlação de Pearson.

Quanto ao género, como podemos observar no Quadro 26, não são encontradas diferenças estatisticamente significativas, o que nos leva a concluir que a variável género não interfere no desenvolvimento da competência para lidar com a morte de uma criança.

Este resultado vai de encontro a Phaneuf (1995) quando nos diz que embora o carácter feminino da mulher possa ter mais facilidade e receptividade em revelar a sua afectividade, não quer dizer que esta esteja mais apta para desenvolver a relação de ajuda, neste caso a competência para lidar com a morte de uma criança. A mesma autora refere ainda que o facto do carácter masculino não demonstrar afectividade em relação aos seus utentes se deve provavelmente a tabus da sociedade. Também Mercadier (Diogo 2006) refere que os prestadores de cuidados do género feminino choram mais do que os do género masculino.

	Género	N	\bar{x}	dp	t	p
ECM Total	Masculino	35	67,00	10,80	-.800	.425
	Feminino	235	68,26	8,40		

Quadro 26 – Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes. Factor género; pontuação total ECM

Relativamente à idade da amostra podemos verificar no Quadro 26, o coeficiente de correlação de Pearson e respectivo teste de significância que

também não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à competência para lidar com a morte de uma criança.

Podemos concluir que o desenvolvimento das competências para lidar com a morte de uma criança não é influenciável pela variável idade.

Os dados do nosso estudo não nos permitem afirmar que os elementos mais novos da nossa amostra desenvolvem mais facilmente competências em relação à morte de uma criança do que os mais velhos, por terem os conhecimentos teóricos mais presentes e actuais em relação à morte. Mas também os enfermeiros mais velhos não tiveram qualquer tipo de formação sobre a morte no decorrer do seu curso base. Podemos analisar que a correlação é negativa e muito baixa o que nos faz sugerir que quanto mais velhos menos desenvolvidas são as competências para lidar com a morte de uma criança, o que vai de encontro ao que foi dito anteriormente.

	Idade
ECM Total	r= -.027 p= .665

Quadro 27 – Matriz da correlação bivariada de Pearson entre a pontuação total da ECM e idade da amostra.

Quanto à variável estado civil (Quadro 28), também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da pontuação total da ECM, o que significa que independentemente do estado civil, a competência para lidar com a morte de uma criança não parece estar condicionada ($F_{(269,3)} = .849$; $p = .738$)

	Género	N	\bar{x}	dp	F	P
ECM Total	Solteiro	222	68,33	8,552	.849	.738
	Casado	36	68,41	10,282		
	Divorciado	2	63,50	9,192		
	União de facto	10	62,70	5,498		

Quadro 28 – Resultado da aplicação do teste A-NOVA entre ECM total e o estado civil (N=270).

H4 – A valorização da supervisão clínica no desenvolvimento de competências para lidar com a morte de uma criança é diferente consoante as variáveis socio-profissionais.

Em relação à valorização da supervisão clínica podemos concluir que não há diferença entre estudantes e enfermeiros quanto à valorização da supervisão clínica ($t = -.215$; $p > 0.05$). Verificamos no Quadro 29 que não existem diferenças estatisticamente significativas.

	Categoria	N	\bar{x}	dp	t	p
ECM F ₂ — Supervisão Clínica	Estudante	204	7,54	1,886	-.215	.830
	Enfermeiro	66	7,60	1,821		

Quadro 29 – Resultados da aplicação do teste t para grupos independentes Factor Supervisão clínica; pontuação total ECM

Estes dados não confirmam o resultado que esperávamos, pois os estudantes de enfermagem poderiam ser os que mais valorizavam a supervisão das suas práticas, uma vez que estão em contacto com os seus supervisores no decorrer dos estágios clínicos e daí reconhecerem uma maior necessidade de acompanhamento para o desenvolvimento das suas competências.

Apesar desta hipótese não se confirmar dado que $p > 0.05$, são os enfermeiros que apresentam uma média mais alta, o que nos faz crer que a experiência adquirida os faz valorizar mais a supervisão clínica.

H5 – Os enfermeiros e estudantes com ansiedade traço têm mais competência para lidar com a morte de uma criança do que os com ansiedade estado.

Relativamente a esta hipótese fizemos dois testes em separado, um tendo como factor a ansiedade-traço e outro a ansiedade estado tanto para enfermeiros como estudantes de enfermagem. Relativamente à ansiedade traço dos enfermeiros não se mostrou relacionada com a competência para lidar com a morte de uma criança ($r = .017$; $p > 0.05$). Por outro lado, os estudantes de enfermagem parecem ter mais competência para lidar com a morte de uma criança quanto maior for a sua ansiedade ($r = .222$; $p < 0.01$).

	Categoria	ECM Total
STAI-T	Enfermeiros	$r = .017$ $p = .894$
	Estudantes	$r = .222^{**}$ $p = .001$ $^{**} p < 0.01$

Quadro 30 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação do STAI-T de enfermeiros e estudantes e a ECM total (N=270)

A ansiedade traço é menos sensível a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo. Não se encontram estudos, ou autores, que confirmem estes dados, no entanto a capacidade de resposta adaptativa ao stress em situações de crise depende do nível de instrução e predisposição para a ansiedade. Segundo Bolander (1998) o facto dos alunos falarem com os colegas, professores e orientadores de estágio, têm a

noção de se poderem sentir mal face às situações de crise, neste caso de morte da criança, e começam a estabelecer objectivos realistas para si próprios. Como tal, com a experiência e crescimento pessoal, o aluno consegue adaptar-se melhor às situações.

Segundo alguns autores a ansiedade prepara o indivíduo para lidar com situações adversas, no sentido de diminuir as consequências de possíveis prejuízos à integridade da pessoa. Portanto a ansiedade é uma reacção natural e necessária para a auto-preservação, não é um estado normal, mas é uma reacção natural.

Quanto à ansiedade estado, após aplicarmos uma correlação de Pearson e variância podemos concluir que não tem consequências estatisticamente significativas relativamente à competência tanto dos enfermeiros ($r = -.023$; $p > 0.05$) como dos estudantes de enfermagem ($r = .102$; $p > 0.05$) para lidarem com a morte de uma criança.

	Categoria	ECM Total
STAI-S	Enfermeiros	$r = -.023$ $p = .854$
	Estudantes	$r = .102$ $p = .147$

Quadro 31 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação do STAI-S de enfermeiros e estudantes e ECM total (N=270)

A ansiedade estado é uma função variável que depende de factores externos, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão que acontece em determinadas situações de maior stress. Pode variar com de intensidade de acordo com a situação e flutuar no tempo.

Este resultado vai de encontro a Diogo (2006) quando nos diz que a ansiedade, quando nos ajuda a prepararmo-nos para enfrentar determinada situação que seja mais arriscada, é útil e benéfica.

Esta hipótese vem confirmar que o nível de ansiedade dos enfermeiros e estudantes de enfermagem não influencia a competência que cada um tem para lidar com a morte de uma criança.

H6 – Existe relação entre a ansiedade traço e o medo e preocupação em relação à morte.

Fizemos um teste de correlação de Pearson para sabermos qual a relação que existe entre a ansiedade traço e o medo e preocupação que os enfermeiros e estudantes de enfermagem têm em relação à morte.

Podemos concluir que quanto maior a ansiedade traço, maior é o medo e preocupação em relação à morte e é estatisticamente bastante significativo ($r=.198$; $p < 0.01$).

	EMM Total
STAI-T	$r = .198^{**}$ $p = .001$ $^{**} p < 0.01$

Quadro 32 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a pontuação do STAI-T e o medo e preocupação em relação à morte (N=270)

Estes resultados vão de encontro aos que esperávamos, uma vez que a ansiedade é uma variante do medo vivido pelos enfermeiros durante a prestação de cuidados, especialmente a doentes em fim de vida (Diogo, 2006)

As pessoas que vivem em ambientes de maior stress, como é o caso dos enfermeiros, têm uma maior tendência para desenvolverem sintomas relacionados com a ansiedade. Segundo Magalhães (2009), os enfermeiros, apesar de serem experientes, é normal que manifestem níveis elevados de ansiedade relativamente à morte.

H7 – O tempo de serviço influencia a competência dos enfermeiros para lidarem com a morte de uma criança.

Esta hipótese mostra, conforme podemos verificar no Quadro 33, recorrendo à medida de correlação de Pearson e respectivo teste de significância, que a correlação não é estatisticamente significativa, ou seja, o tempo de serviço não influencia a competência que os enfermeiros têm para lidar com a morte de criança ($r = -.023$; $p > 0.05$).

	ECM Total
Tempo de serviço	$r = -.023$ $p = .854$

Quadro 33 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o tempo de serviço e EMC total
(N=66)

Este resultado não confirma o que poderíamos esperar, uma vez que os enfermeiros com menos tempo de serviço deveriam ser os que têm menos competência para lidar com a morte de uma criança. Como têm menos experiência deveriam ser menos competentes para lidar com a morte. Esta situação pode dever-se ao facto da formação dos enfermeiros mais velhos sobre a morte se ter baseado fundamentalmente sobre os aspectos legais e práticos que envolviam a própria situação, acabando por ser atribuída pouca importância às competências interpessoais, ou mesmo ao desenvolvimento de conhecimentos sobre o alívio da dor e de outros sintomas (Webber citado por Magalhães, 2009).

Por outro lado Quintana et al. (2001) afirma que a ansiedade, dúvidas, falta de informação e desprotecção profissional, são algumas das reacções inerentes aos enfermeiros iniciados, quando se deparam com situações de morte. No entanto, refere que esta situação não é exclusiva dos enfermeiros com poucos anos de exercício, mas também dos enfermeiros têm muitos anos de experiência. Quintana et al. (2001) diz ainda que a experiência, por mais que diminua e/ou permita uma certa distância, por mais que suponha um certo saber sobre o que fazer face a um doente em fim de vida, não elimina um conjunto de implicações

tanto pessoais, como culturais e profissionais, o que vai ao encontro dos resultados obtidos.

H8 – Os estudantes de enfermagem sentem mais necessidade de formação sobre a morte do que os enfermeiros.

Para esta hipótese fizemos um estudo do Teste *t* de Student uma vez que queremos comparar a necessidade de formação de dois grupos. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros e os estudantes de enfermagem quanto às necessidades de formação sobre a morte ($t = .831$; $p > 0.05$)

	Categoria	N	\bar{x}	<i>dp</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ECM F ₃ – Formação	Enfermeiro	66	6,03	2,392	.831	.407
	Estudante	204	6,30	2,303		

Quadro 34 - Resultados da aplicação do teste *t* para grupos independentes Factor Formação; categoria (N=270)

Num estudo realizado por Quint em 1967 (Magalhães, 2009) demonstrou uma notável inadequação na formação dos enfermeiros para cuidarem de doentes que se encontravam na fase final da sua vida. Os seus resultados evidenciaram uma necessidade de uma maior abordagem da morte e do morrer na formação da enfermagem, para que assim surgisse uma optimização dos cuidados melhorando o suporte clínico. Ainda noutro estudo realizado por Sapeta (2003) no sentido de conhecer a formação sobre cuidados paliativos e dor crónica em 33 Escolas Superiores de Enfermagem, constatou que são incluídos nos currículos disciplinares, conteúdos sobre o final de vida mas que ainda assim se contemplam num número insuficiente de horas, não promovendo a competência dos futuros profissionais de saúde para cuidarem de doentes em final de vida. Como tal estes resultados não vão de encontro ao que esperávamos, uma vez

que os estudantes de enfermagem deveriam sentir mais necessidade de formação sobre a morte.

Talvez por os estudantes de enfermagem ainda não serem independentes na prestação de cuidados e sentirem o apoio dos seus pares e professores, ainda não sintam necessidades de formação nesse sentido.

Outro motivo pelo qual a amostra não foi confirmada pode ter sido pelo facto de haver uma diferença significativa na amostra dos enfermeiros relativamente aos estudantes de enfermagem

H9 – Os estudantes de enfermagem têm menos competência para lidarem com a morte de uma criança do que os enfermeiros.

Como podemos verificar, através do Teste *t* de Student que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a competência dos estudantes de enfermagem e a competência dos enfermeiros para lidarem com a morte de uma criança ($t = .030$; $p > 0.05$).

	Categoria	N	\bar{x}	<i>dp</i>	t	p
ECM Total	Estudante	204	68,11	8,595	.030	.976
	Enfermeiro	66	68,07	9,259		

Quadro 35 - Resultados da aplicação do teste *t* para grupos independentes em função da pontuação total da ECM (N=270)

Ao analisarmos pormenorizadamente entre as categorias profissionais dos enfermeiros verificamos que também não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à sua competência para lidar com a morte de uma criança ($F_{(65,3)} = .157$; $p > 0.05$).

	Categoria profissional	N	\bar{x}	dp	F	p
ECM Total	Enfermeiro	23	67,56	7,941	.157	.925
	Enfermeiro especialista	7	68,28	7,409		
	Enfermeiro graduado	35	68,20	10,590		
	Enfermeiro chefe	1	74,00	-		

Quadro 36 - Resultados da aplicação do teste A-NOVA para grupo dos enfermeiros em função da pontuação total ECM (N=66)

Verificamos também que entre os estudantes do 3º e 4º ano da licenciatura não existem diferenças estatisticamente significativas ($t = .897$; $p > 0.05$).

	Categoria académica	N	\bar{x}	dp	t	p
ECM Total	Estudantes 3º ano	20	69,75	7,758	.897	.371
	Estudantes 4º ano	184	67,93	8,682		

Quadro 37 - Resultados da aplicação do teste t para grupo dos estudantes em função da pontuação total ECM (N=204)

Estes resultados vão, de certo modo, ao encontro de Benner (2001) quando refere que para que um estudante possa aprender a partir de determinada situação paradigmática deve imaginar o caso activamente. Mas surgem casos paradigmáticos bastante complexos, como é o caso da morte de uma criança, que fazem com que surja uma interacção com os conhecimentos anteriores do estudante, como a sua própria história, o seu caminho intelectual e vontade de aprender, o que contribui para o desenvolvimento da sua “experiência”. Como tal, o conhecimento pessoal vai determinar as decisões e acções que tomam.

Quanto aos enfermeiros acontece a mesma situação. Apesar dos enfermeiros adquirirem experiência ao longo do tempo, é o seu pré-conhecimento e experiência de vida que os vai ajudar a tomar decisões e atitudes a determinada situação.

CAPÍTULO 8. CONCLUSÕES

Após a apresentação, análise e interpretação dos resultados, torna-se agora necessário reflectir de forma mais global o estudo realizado.

Estamos conscientes que neste trabalho de investigação, apenas foi possível obter uma visão parcelar da problemática. Por outro lado assumimos o desenvolvimento desta investigação numa área específica da enfermagem, a pediatria, a qual tem a sua própria dimensão.

Do enquadramento teórico, evidenciamos as seguintes ideias centrais:

A morte é uma realidade complexa em que convergem sentimentos, atitudes e reacções numa fusão em que as representações de cada um são determinantes e frequentemente as emoções se sobrepõem à razão. É para os profissionais de saúde um dos maiores desafios que a prática quotidiana lhes coloca.

A criança é um elemento activo, inserido no seio de uma família que, enquanto sistema é um todo único em que cada um dos elementos interage com os outros, com o meio e assume diversos papéis, estatutos, funções e tipo de interacção. Os profissionais quando lidam com a morte de uma criança, expressam a dificuldade que sentem em ajudar e confortar a família durante o seu processo de morrer, uma vez que têm dúvidas relativamente às suas condutas não sabendo o que dizer ou se estão a proceder da forma mais correcta para confortar a família. A partir do momento que o cuidado se direcciona somente para a criança, o sistema fica desalinhado, principalmente quando mais necessita de assistência. Como tal, o enfermeiro ao cuidar da criança que morre, não pode negligenciar a família.

Os contextos de competência em ensino clínico, a forma como se organizam, o tipo de relações que desenvolvem entre eles e no interior de cada um, vai influenciar o estudante em situação de aprendizagem e a forma como ele atribui significados às experiências que vivenciou.

O desenvolvimento de competências para a reflexão dos cuidados de enfermagem, leva a uma melhoria da qualidade dos mesmos, tornando-os mais humanizados.

O supervisor é formador de pessoas em desenvolvimento, sendo da sua competência orientar e auxiliar na estruturação do conhecimento, num desenvolvimento dos elementos que estão verdadeiramente implicados. Ambos são agentes activos e implicados no seu mútuo desenvolvimento, que se consolida numa permuta constante e enriquecedora de todos os actores envolvidos.

A supervisão clínica é fundamental para a qualidade dos cuidados a serem prestados aos doentes que estão num final de vida.

8.1. Principais conclusões

Relativamente à caracterização sócio-profissional da amostra, os resultados deste estudo mostraram que é constituída por 75,6% de estudantes e 24,4% de enfermeiros, sendo que 87% são do género feminino e 13% do género masculino. A amostra apresenta uma média de idades de 25,09 anos compreendidas entre os 20 e 56 anos. A idade média dos estudantes situa-se nos 22,08 em que o mais novo tem 20 e o mais velho 33 anos. Já para os enfermeiros a média de idades é de 37,74 anos, compreendida entre os 24 e 56 anos. O estado civil da amostra é maioritariamente solteiro, com 82,2%, seguido dos casados 13,3%, dos que vivem em união de facto 3,7% e finalmente pelos divorciados 0,7%.

Relativamente à religião, verificamos que a maioria é Católica 93%, de seguida Ateia 1,9%, os que não têm religião 1,9%, os Protestantes 1,1%, seguindo-se os Testemunhas de Jeová 0,7% e finalmente os que consideráramos no grupo da outra religião (Wicca, Politeísta, Agnóstica e Evangélica) por só existir 1 representante de cada uma das religiões com 1,6%.

Quanto à formação académica, verificamos que a maioria são alunos de enfermagem do 4º ano da Licenciatura 68,1%, de seguida são os licenciados com 17,8%, os alunos do 3º ano da licenciatura 7,4%, seguindo-se os que têm especialidade 5,6%, e por fim os bacharéis com 1,1%.

Relativamente à categoria profissional da amostra, observamos que 75,6% são estudantes, 8,5% enfermeiros, 13% enfermeiros graduados, 2,6% enfermeiros especialistas e 0,4% é enfermeiro chefe (N=1).

No que diz respeito ao tempo de serviço profissional dos enfermeiros a média é de 15,09 anos sendo o mínimo de 2 anos e o máximo 36 anos de carreira.

Relativamente à ansiedade da amostra, podemos concluir que os estudantes de enfermagem sofrem mais de ansiedade-traço e ansiedade-estado do que os enfermeiros. Ao fazermos uma análise detalhada dos scores obtidos de ambos os grupos quanto à ansiedade-traço (STAI-T) verificamos que os enfermeiros obtiveram um score médio de 35,46 e os estudantes de enfermagem uma média de 36,24. Quanto à ansiedade-estado, os enfermeiros obtiveram um score médio total de 31,62 e os estudantes 35,85. Uma vez que cada uma destas escalas é pontuada de 20 (ansiedade baixa) a 80 (ansiedade alta), então podemos concluir que tanto os enfermeiros como os estudantes da amostra, em média, são pouco ansiosos.

Concordando com Magalhães (2009), a ansiedade aumentada dos estudantes pode dever-se a um conflito de conceito que têm de si próprios enquanto enfermeiros e a sua incapacidade para cuidar de um doente em final de vida.

Os resultados neste estudo relativamente à competência dos enfermeiros e estudantes de enfermagem para lidarem com a morte de uma criança demonstraram que não existem diferenças significativas entre os dois grupos.

Relativamente à valorização da formação na área da morte e sua supervisão clínica também demonstrou não haver diferenças significativas entre enfermeiros e estudantes.

Outro dado obtido foi que não existem diferenças significativas entre géneros a nível da competência para lidar com a morte de uma criança.

Após a realização do estudo podemos verificar que a amostra revelou ter mais medo e preocupação em relação ao seu próprio processo de morrer, seguindo-se o medo e preocupação em relação à morte dos outros, depois em

relação ao processo de morrer dos outros, e finalmente em relação à sua própria morte.

Também pudemos concluir que os enfermeiros têm mais medo e preocupação em relação à morte do que os estudantes de enfermagem. Este facto pode dever-se à experiência que os enfermeiros têm, em relação a situações trágicas com que se vão deparando diariamente ao longo dos anos de serviço.

Também existem estudos que concluem que quanto mais velhas são as pessoas, mais se apercebem da proximidade da morte e daí o meu medo crescente em relação à mesma.

Quando uma pessoa se predispõe a realizar um trabalho de investigação, principalmente nas condições a que nos propusemos, requer esforço, empenho, disciplina e abdições, caso contrário a elaboração de um estudo desta natureza torna-se bastante complicado, se não mesmo impossível. Conciliar a realização deste trabalho com a vida profissional e familiar torna-se bastante difícil, uma vez que nós, como enfermeiros que somos, trabalhamos por turnos e por vezes o cansaço é mais forte do que própria vontade. Também os percalços que a vida nos traz ao longo do nosso percurso vital, fazem tornar ainda mais complicada a tarefa a que nos propusemos. Encontramos também algumas limitações na elaboração do estudo, que acreditamos serem pertinentes de se enumerar.

Quando foram enviados os pedidos de autorização aos hospitais onde iriam ser aplicados os instrumentos de colheita de dados, estes levaram um processo de aprovação moroso, uma vez que passou pelo conselho de administração e posteriormente pela comissão de ética dos hospitais, o que originou atraso na aplicação do questionário, e consequentemente a sua análise.

Outra das limitações foi o facto dos questionários dos enfermeiros não terem sido preenchidos nas condições previstas (sala própria e na nossa presença), bem como a falta de tempo para entregar e recolher os questionário no mesmo dia, o que também é complicado porque não é possível encontrar todos os elementos no serviço uma vez que trabalham em regime de *rollman*.

Outro aspecto prendeu-se com o facto de terem sido entregues questionários aos responsáveis de serviço e, aquando a sua recolha, os questionários haviam sido “perdidos” o que nos fez sentir frustrados e magoados.

Apesar das limitações inerentes ao estudo realizado estamos convictos que os resultados obtidos contribuíram de alguma forma para a compreensão e estudo do desenvolvimento de competências para lidar com a morte de uma criança.

8.2. Sugestões

Após as dificuldades ultrapassadas, admitimos que a realização deste estudo foi bastante produtiva e recompensadora, uma vez que tivemos a oportunidade de compreender de forma mais consciente algumas temáticas inerentes à enfermagem. Porém achamos pertinente deixar aqui algumas recomendações que consideramos serem pertinentes.

A formação inicial dos estudantes de enfermagem, ainda não é suficiente ao ponto de, futuramente, permitir que se sintam seguros e competentes para cuidar de um doente que está a morrer, principalmente se esse doente for uma criança. O cuidado fica muitas vezes restrito aos procedimentos técnicos e às experiências pessoais de cada um quando perde um ente querido.

Acreditamos ser pertinente investir em acções de formação ou mesmo reuniões para existir a partilha informal de experiências vividas e sentidas quando ocorrem situações infrutíferas e de stress no nosso quotidiano profissional. Só assim podemos crescer pessoal e profissionalmente no sentido de nos sentirmos mais competentes para prestar cuidados de qualidade, pois só desta forma conseguiremos proporcionar um apoio verdadeiro e efectivo aos pais e família em situações de fim de vida.

Sugerimos que as escolas de enfermagem promovam o desenvolvimento sócio-moral dos seus estudantes, quer através de uma disciplina ou da discussão de dilemas morais de vida real e inerentes à profissão.

Que as escolas de enfermagem invistam na estruturação do curso superior de enfermagem no sentido de implementarem um currículo específico sobre a morte e o morrer.

8.3. Implicações Práticas

Como proposta de investigações futuras, acreditamos que seria bastante positivo aplicar os instrumentos de colheita de dados noutros hospitais pediátricos do país, para que fossem comparados os resultados relativamente à competência dos enfermeiros para lidar com a morte da criança. Posteriormente aplicar o mesmo instrumento em hospitais de outros países e de outras culturas e fazer comparação entre a auto-avaliação dos enfermeiros, no sentido de conhecer os que têm mais competência para lidar com a morte, bem como os seus mecanismos de defesa para que de alguma forma possa contribuir na estruturação de métodos para os que têm menos competência e daí criarem as suas próprias estratégias de adaptação.

Fazer um estudo longitudinal com pais que já passaram pela situação da perda de um filho e conhecer de que forma se sentiram apoiados, ou não, pelas equipas de saúde no sentido de perceber se as suas maiores necessidades foram assistidas nos momentos de maior angústia e frustração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Ariés, P. (1989). *Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média*. Trad. de Pedro Jordão (2ªed). Lisboa: Teorema.
- Alcântara, J. (1990). *Como Educar as Atitudes* (3ª ed.). Lisboa: Plátano Edições Técnicas.
- Benner, P. (1987). *Prática Progressiva em Enfermeria – Manual de comportamiento Profesional* (1ª ed). Barcelona: Ed. Grijalbo.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bento, M. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem: Que Identidade?*. Lisboa: Fim de Século Edições, Lda.
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (4ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Bolander, V.B. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afectivos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1998). *Separação: Angústia e Raiva*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1998). *Perda: Tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1989). *A Relação mais Precoce - os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Bronfenbrenner, U. (1999). *Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models*.

- Brunschwig, H. (2008). *Uma família inventa-se: os trunfos dos pais e dos filhos na construção da família*. Caleidoscópio.
- Campos, C. & Pereira, A.M.S (2010). Ajudar os que ajudam a lidar com a morte. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11 (S1), 130.
- Canavarro, M. (2006). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carmona, C. & Pita, F. (2004). Morte Cerebral – Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. *Ética Médica – Acta Médica Portuguesa*, (17), 70-75.
- Carreiras, E. M. G. & Arraiolos, N. I. P. (2002). O Enfermeiro perante o doente que morre. *Nursing*, (168), 21-24.
- Carvalho, A.F.M., Martins, M.C. & Bettencourt de Jesus, M.M.G. (1994). Cuidar uma Reflexão. *Servir*, (5), 30-34.
- Casey, A. (1993). Using a Nursing Model in Curriculum Planning. In Pendelenton, S. & Myles, A. Curriculum planning. *Nursing Education*. (2ª ed.). London: Edward Arnold.
- Conde, J. (1984). *A Morte à Luz da Biologia e da Medicina*. Lisboa.
- Cordeiro, J. (1994). *A Saúde Mental e a Vida: Pessoas e Populações em Risco Psiquiátrico* (3ª ed.). Lisboa: Edições Salamandra.
- Cordeiro, M. (2007). Síndrome de morte súbita do lactente. *Revista Pais e Filhos*. Retirado a 18 de Setembro, 2008 de <http://www.paisefilhos.iol.pt/>
- Damásio, A.R. (1995). *O Erro de Descartes*. (8ª ed.). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Dias, F.N. (2001). *Padrões da comunicação na Família: uma análise Sociológica*. Lisboa: Editora Epistemologia e Sociedade, Instituto Piaget.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1ª ed.). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda
- Fernandes, H. (2006). *A Competência no Ensino Clínico de Enfermagem Pediátrica: Perspectiva dos estudantes do CLE*. Porto.

- Frade, L.M (1992). A criança com doença crónica e a sua família. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 9 (6), 176-178
- Fontes, F., Vieira, J.L. & Cardoso, L.P. (1995). O Enfermeiro perante a morte. *Nursing*, (859), 7-10.
- Freitas, N.K. (2000). *Luto Materno e Psicoterapia Breve*. Summus Editorial Ltda.
- Friedman, S.L., Wacks, T.D. (Orgs.) *Conceptualization and Assesment of Environment across the life span*. Washington D.C.: American Psycological Association.
- Garrido, A.F.S. (2005). A Supervisão Clínica em Enfermagem e as Condicionantes Organizacionais. *Sinais Vitais*, (61), 11-13
- Gonçalves, M.S. (1995). Nós e a Morte: um estudo psicológico. *Revista de Enfermagem UERJ*, 28 (3), 243 –250.
- Hennezel, M. (2000). *Dialogo com a Morte* (4ª ed.). Lisboa: Editorial Noticias.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de Cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Hesbeen, W. et al. (2004). *Cuidar neste mundo: Contribuir para um Universo mais cuidador*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hockenberry, M.J.; Wilson & Winkelstein (2006). *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.) Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Horta, V.M.A. (1982) A criança e o perigo de morte. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, 52 (5), 357-360.
- Jardim, T.M.A. (2006). Lidar com a Perda: A vida após a morte. Lisboa: *Servir*. (4), 199-202.
- Kenner, C. (2001). *Enfermagem Neonatal* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Reichman e Affonso Editores.

- Klaus, M.H.; Kennell, J.H. (1993) *Pais/Bebé: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M.H.; Kennell, J.H. & Klaus, P.H. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kübler-Ross, E. (1998). Sobre a morte e o morrer (8ª ed.). São Paulo: Livraria Martins Fontes, Editora Ltda.
- Kübler-Ross, E.(2008) *Acolher a Morte*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Laureys, S. (2005). Death, unconsciousness and the brain. *Nature Reviews: Neuroscience*, (6), 899-909.
- Le Boterf, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Les Édition D'Organization.
- Lopes, L.F. ; Camargo, B. & Furrer, A.A. (1999). Aspectos da humanização no tratamento de crianças na fase terminal. *Pediatria Moderna*. São Paulo, 45 (11).
- Magalhães, J.C. (2009). Cuidar em Fim de Vida. Lisboa: Coisas de Ler.
- Magalhães, Z.R. (1995) Morte nas instituições de saúde: uma abordagem ética. *Revista de enfermagem UERJ*, 2 (4), 15 – 19.
- Malglaive, G. (1995). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora.
- Malhó, R. & Costa, I. (1998). Humanização no Atendimento da Criança e Família. *Revista Sinais Vitais*, (19).
- Mandon, N. (1990). Un exemple de description des activités et des compétences professionnelles: L'emploi- Type secrétaire de vente. *Dossier Documetaire Gestion Prévisionnelle de L'emploi et des Competences*, 63-69.
- Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre-acquérir un savoir infirmier*. Paris: LEP.
- Mosher, R.L. & Purpel, D.E. (1972). *Supervision: The Reluctant Profession*. Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin.
- Nunes, R. & Rego, G. (2000). *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGrawhill
- Oliveira, J.H.B (1998). *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina.

Oliveira, A. (1999). *O desafio da morte: Convite a uma viagem interior*. Lisboa: Editorial Notícias.

Papadatou, D. (1997) Training health professionals in caring for dying children and grieving families. *Death Studies*. (vol. 21)

Papadatou, D., Martinson, I.M., Chung, P.M. (2001). Caring for dying children: a comparative study of nurses experiences in Greece and Hong Kong. *Cancer Nursing*. (vol.24).

Pereira, A.M.S. (2004). *Educação Multicultural: Teorias e Práticas*. Porto: CRIAP, Edições Asa

Pereira, A.M.S. (2006). Stresse e doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na última década. In Isabel Leal (Eds) *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora. pág. 145-167.

Pereira, A.M.S; Chaves, C.; Coutinho, E.; Jesus, E.; Vagos, P.; Ribeiro, L.; Pinto, A.; Correia A.; Gonçalves, D. (2010). Lidar com a percepção da morte: um estudo comparativo entre idades e género. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11 (S1).

Pereira, M.A. (2008). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Phaneuf, M. (1995). *Relação de Ajuda – Elemento de Competência da Enfermeira*. Coimbra. Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Pinto, C. & Figueiredo, M. C.(1995). Cuidar da criança doente. *Nursing*.

Pinto, M. (1992). Jornadas da Saúde na Família. *Servir*.

Quintana, F. et al. (2001). Enfermería, familia y paciente terminal. *Revista de Enfermería*, 24 (10), 8-12.

Rebelo, J. E. (2003). *Contributos para o estudo do processo de luto*. Porto.

Rebelo, J.E. (2005) Importância da entreatajuda no apoio a pais em luto. *Análise Psicológica*. Lisboa, 23 ()4, 373-380.

Rebelo, J. E. (2007). *Desatar o nó do luto*. Cruz Quebrada: Casa das Letras.

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A.J. (1995). *A actividade de Vida e Morrer, Modelos de Enfermagem* (3ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.

Sá-Chaves, I. (2007). *Formação, Conhecimento e Supervisão: Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais* (2ª ed.). Universidade de Aveiro.

Santos, E.F. (1996). O ser no mundo: vida e morte. *Revista de enfermagem UERJ*. 2 (5), 21-23.

Savage, J.A. (1989). *Vidas não vividas: o sentido psicológico da perda simbólica e da perda real na morte de um filho*. São Paulo: Cultrix.

Schön, D. A. (1987). *La Formación de profesionales reflexivos, hacia un nuevo diseño de la enseñanza e el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Centro de publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia: Ed. Paidós.

Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (SFAP). (2000) *Desafios de enfermagem em cuidados paliativos; cuidar-ética e práticas*. Loures: Lusociência.

Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Tavares, J.; Alarcão, I. (2002). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

Waley, L. & Wong, D. (1999). *Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção afectiva*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Zabalza, M. (1994). *Diários de Aula*. Porto: Porto Editora

Ziegler, J. (1975). *Les vivants et la mort*. Éditions Du Seuil.

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de colheita de dados dos estudantes



UNIVERSIDADE DE AVEIRO

Caro(a) aluno(a):

Sou Enfermeira e exerço funções na Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia do Hospital Infante D. Pedro, EPE. Estou a realizar um Mestrado em Supervisão na Universidade de Aveiro e, neste contexto, estou a desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema: “Relação Supervisiva no processo de morte em Pediatria: Ajudar os que ajudam a lidar com a morte de uma criança”. O objectivo geral deste trabalho é estudar a supervisão no processo de relação de ajuda perante a situação de lidar com a morte de uma criança, no sentido de identificar as necessidades de formação dos enfermeiros a nível da supervisão numa situação de morte na criança, bem como conhecer a pertinência da relação supervisiva e o papel do supervisor no processo de relação de ajuda perante esta problemática. Por este motivo solicito a sua colaboração, fundamental para o sucesso desta investigação.

Não existem respostas certas ou erradas, interessando-nos apenas a sua opinião sincera.

Este questionário é anónimo, pelo que será salvaguardada a sua confidencialidade. O seu nome não irá constar no questionário, nem na base de dados elaborada, sendo substituído por um número de código.

Desde já muito obrigada pela sua colaboração e pelo tempo que lhe dedicou.

Cátia Campos

Consentimento Informado

Pelo presente, consinto que os dados deste questionário sejam utilizados exclusivamente para este estudo de investigação e de forma confidencial. Compreendo a finalidade do estudo e que sou livre de não participar, não sendo por isso prejudicado(a) em nenhum aspecto.

Assinatura:

Data:

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL

Por favor, preencha os espaços correspondentes ou assinale uma cruz (X) na resposta indicada.

Idade: _____ **Sexo:** F ☐ M ☐

Religião: Católica ☐ Islâmica ☐ Protestante ☐ Testemunha de Jeová ☐ Outra ☐ Qual? _____

Estado Civil: Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Separado(a) ☐ União de facto ☐

Estudante ☐ **Trabalhador-estudante** ☐ **Ano:** 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐

PARTE II – QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

de Charles D. Spielberger com a colaboração de R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg e G. A. Jacobs
STAI Forma y-1

Instruções: Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o círculo apropriado à direita indicando como se sente *agora*, isto é, *neste preciso momento*. Não gaste muito tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever a melhor maneira como se sente actualmente.

1. Sinto-me calmo.....
2. Sinto-me seguro(a)
3. Estou tenso(a)
4. Sinto-me sob pressão
5. Sinto-me à vontade
6. Estou preocupado(a) com possíveis contratempos
7. Sinto-me satisfeito(a)
8. Sinto-me com medo
9. Sinto-me confortável
10. Sinto-me uma pilha de nervos
11. Estou descontraído(a)
12. Sinto-me contente
13. Estou preocupado(a)
14. Sinto-me confuso(a)
15. Sinto-me sereno(a)
16. Sinto-me assustado(a)
17. Sinto-me inquieto(a)
18. Sinto-me perturbado(a)
19. Estou relaxado(a).....
20. Estou tranquilo(a)

[illegible]

STAI Forma y-2

QUASE NUNCA
ALGUMAS VEZES
FREQUENTEMENTE
QUASE SEMPRE

21. Sinto-me bem disposto(a)	①	②	③	④
22. Sinto-me nervoso(a) e agitado(a).....	①	②	③	④
23. Sinto-me satisfeito(a) comigo mesmo(a)	①	②	③	④
24. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	①	②	③	④
25. Sinto-me um(a) "falhado(a)"	①	②	③	④
26. Sinto-me descansado(a)	①	②	③	④
27. Sou calmo(a), indiferente e sereno(a)	①	②	③	④
28. Sinto que as dificuldades se amontoam de maneira eu não consigo ultrapassá-las	①	②	③	④
29. Preocupo-me com coisas que na realidade não interessam	①	②	③	④
30. Sou feliz	①	②	③	④
31. Tenho pensamentos que me perturbam	①	②	③	④
32. Tenho falta de confiança em mim próprio(a).....	①	②	③	④
33. Sinto-me seguro(a)	①	②	③	④
34. Tomo facilmente decisões	①	②	③	④
35. Sinto-me incapaz	①	②	③	④
36. Estou satisfeito(a).....	①	②	③	④
37. Alguns pensamentos sem importância passam pela minha cabeça e aborrecem-me	①	②	③	④
38. Tomo as contrariedades tão a sério que não consigo deixar de pensar nelas	①	②	③	④
39. Sou uma pessoa estável	①	②	③	④
40. Quando penso nos assuntos que tenho entre mãos fico tenso(a) e a "ferver por dentro"	①	②	③	④

©Charles D. Spielberger. Tradução e adaptação de Emanuel Ponciano com permissão do autor para utilização exclusiva em investigação académica. Reprodução proibida sem autorização do autor

PARTE III – Ajudar quem ajuda a lidar com a morte de uma criança

São referidos alguns aspectos relacionados com formação, morte da criança e supervisão. Leia cada item e responda de acordo com os seguintes graus de resposta.

1. Não concordo
Veemente

2. Não concordo

3. Indiferente

4. Concordo

5. Concordo
Totalmente

No decorrer do curso tive formação sobre a morte.	1	2	3	4	5
Fui ensinado(a) a encontrar "defesas" para me abstrair da morte de alguém.	1	2	3	4	5
Existe muita bibliografia sobre a morte.	1	2	3	4	5
Não me interessa por bibliografia sobre a morte.	1	2	3	4	5
A morte é um assunto que não me interessa.	1	2	3	4	5
A morte é algo a que não fico indiferente mas tento esquecer.	1	2	3	4	5
Nunca vi ninguém morrer.	1	2	3	4	5
Vejo a morte como o fim de todos os sonhos e esperanças.	1	2	3	4	5
Apesar do sofrimento que possa trazer, a morte é uma experiência que chega a todos devido à passagem natural do tempo.	1	2	3	4	5
A morte é o grande mistério da vida.	1	2	3	4	5
A morte é uma experiência de solidão.	1	2	3	4	5
Tendo em conta tudo o que se vive, a morte é pouco importante.	1	2	3	4	5
Durante o estágio de Pediatria assisti à morte de uma criança.	1	2	3	4	5

Quando a família me questiona sobre a situação de um doente que sei que vai morrer, mostro-me ocupado(a).	1	2	3	4	5
Sinto-me aliviado(a) quando morre um doente que sofre.	1	2	3	4	5
Devo acompanhar uma criança na fase final da sua vida se a família não se encontra presente, caso me encontre disponível.	1	2	3	4	5
Não sei o que dizer à família quando morre uma criança.	1	2	3	4	5
Escondo os meus sentimentos quando veio uma criança a sofrer.	1	2	3	4	5
Tenho alguma dificuldade em lidar com a morte de uma criança.	1	2	3	4	5
Não consigo aproximar-me de uma criança que sei que vai morrer.	1	2	3	4	5
Sinto-me revoltado(a) sempre que morre uma criança.	1	2	3	4	5
Uma criança nunca deveria morrer.	1	2	3	4	5
Custa-me pensar que a criança que morre nunca vai conhecer as coisas boas que a vida tem.	1	2	3	4	5
Deveria existir um enfermeiro que me ajudasse a lidar com situações de crise.	1	2	3	4	5
Deveria existir um enfermeiro que me ajudasse a lidar com situações específicas	1	2	3	4	5
É difícil a qualquer enfermeiro ensinar a lidar com a morte.	1	2	3	4	5
Sinto-me inibido(a) na presença de um enfermeiro que sei que me está a	1	2	3	4	5
Só a minha experiência me pode ajudar a lidar com a morte de alguém.	1	2	3	4	5

PARTE IV – ESCALA DO MEDO DA MORTE DE COLLETT-LESTER

Lester, D. & Adbel-Khalek, A. M. (2003), Versão Portuguesa adaptada por Anabela S. Pereira, (2008)

Quanta preocupação ou ansiedade tem em relação aos seguintes aspectos da morte e processo de morrer? Leia cada item e responda rapidamente. Não fique muito tempo a pensar na resposta. Pretende-se que registe a primeira impressão que pensa neste momento. Assinale com uma cruz o número que melhor representa o que sente.

Muita	Moderada			Nenhuma
5	4	3	2	1

Em relação à sua própria morte					
1. O total isolamento da morte	5	4	3	2	1
2. A brevidade da vida	5	4	3	2	1
3. Todas as coisas que perderá ao morrer	5	4	3	2	1
4. Morrer jovem	5	4	3	2	1
5. Como será estar morto	5	4	3	2	1
6. Não poder pensar nem experimentar nada nunca mais	5	4	3	2	1
7. A desintegração do corpo	5	4	3	2	1
Em relação ao seu próprio processo e morrer					
1. A degeneração física que supõe o processo de morrer	5	4	3	2	1
2. A dor que o processo de morrer envolve	5	4	3	2	1
3. A degeneração mental do envelhecimento	5	4	3	2	1
4. A perda de faculdades durante o processo do morrer	5	4	3	2	1
5. A incerteza da coragem com que enfrentará o processo de morrer	5	4	3	2	1
6. A falta de controlo sobre o processo do morrer	5	4	3	2	1
7. A possibilidade de morrer num hospital longe dos amigos e família	5	4	3	2	1
Em relação à morte de outros					
1. A perda de uma pessoa querida	5	4	3	2	1

2. Ter que ver o cadáver	5	4	3	2	1
3. Nunca mais poder falar com eles	5	4	3	2	1
4. Lamentar não ter sido mais simpático com eles quando estavam vivos	5	4	3	2	1
5. Envelhecer sozinho sem eles	5	4	3	2	1
6. Sentir-se culpado por ficar aliviado com a sua morte	5	4	3	2	1
7. Sentir-se só sem eles	5	4	3	2	1
Em relação ao processo de morrer de outros					
1. Ter que estar com alguém que está a morrer	5	4	3	2	1
2. Ter que estar com alguém que quer falar sobre a morte consigo	5	4	3	2	1
3. Vê-lo sofrer com dores	5	4	3	2	1
4. Assistir à degeneração física do seu corpo	5	4	3	2	1
5. Não saber gerir o seu sofrimento na presença do outro	5	4	3	2	1
6. Assistir à deterioração das suas faculdades mentais	5	4	3	2	1
7. Estar consciente de que um dia também viverá esta experiência	5	4	3	2	1

Copyright © 2003 By David Lester & A. Abdel-Khalek Tradução para Portugal, 2008 Anabela S. Pereira, PhD

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 2

Instrumento de colheita de dados dos enfermeiros



UNIVERSIDADE DE AVEIRO

Caro(a) colega:

Sou Enfermeira e exerço funções na Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia do Hospital Infante D. Pedro, EPE. Estou a realizar um Mestrado em Supervisão na Universidade de Aveiro e, neste contexto, estou a desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema: “Relação Supervisiva no processo de morte em Pediatria: Ajudar os que ajudam a lidar com a morte de uma criança”. O objectivo geral deste trabalho é estudar a supervisão no processo de relação de ajuda perante a situação de lidar com a morte de uma criança, no sentido de identificar as necessidades de formação dos enfermeiros a nível da supervisão numa situação de morte na criança, bem como conhecer a pertinência da relação supervisiva e o papel do supervisor no processo de relação de ajuda perante esta problemática. Por este motivo solicito a sua colaboração, fundamental para o sucesso desta investigação.

Não existem respostas certas ou erradas, interessando-nos apenas a sua opinião sincera.

Este questionário é anónimo, pelo que será salvaguardada a sua confidencialidade. O seu nome não irá constar no questionário, nem na base de dados elaborada, sendo substituído por um número de código.

Desde já muito obrigada pela sua colaboração e pelo tempo que lhe dedicou.

Cátia Campos

Consentimento Informado

Pelo presente, consinto que os dados deste questionário sejam utilizados exclusivamente para este estudo de investigação e de forma confidencial. Compreendo a finalidade do estudo e que sou livre de não participar, não sendo por isso prejudicado(a) em nenhum aspecto.

Assinatura:

Data:

PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-PROFISSIONAL

Por favor, preencha os espaços correspondentes ou assinale uma cruz (X) na resposta indicada.

Idade: _____

Sexo: F ☐ M ☐

Religião: Católica ☐ Islâmica ☐ Protestante ☐ Testemunha de Jeová ☐ Outra ☐ Qual? _____

Estado Civil: Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Separado(a) ☐ União de facto ☐

Formação Acadêmica: Estudante ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Curso de Especialização em Enfermagem ☐

Categoria Profissional: Enfermeiro(a) ☐ Enfermeiro(a) Graduado(a) ☐ Enfermeiro(a) Especialista ☐ Enfermeiro(a) Chefe ☐

Tempo de Serviço na Instituição: _____**Tempo de Serviço Profissional: _____**

PARTE II – QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

de Charles D. Spielberger com a colaboração de R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg e G. A. Jacobs

STAI Forma y-1

Instruções: Encontram-se em baixo um certo número de expressões que as pessoas usam para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e a seguir assinale o círculo apropriado à direita indicando como se sente *agora*, isto é, *neste preciso momento*. Não gaste muito tempo em cada pergunta, dê a resposta que lhe parece descrever a melhor maneira como se sente actualmente.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Sinto-me calmo..... | ① | ② | ③ | ④ |
| 2. Sinto-me seguro(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 3. Estou tenso(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 4. Sinto-me sob pressão | ① | ② | ③ | ④ |
| 5. Sinto-me à vontade | ① | ② | ③ | ④ |
| 6. Estou preocupado(a) com possíveis contratempos..... | ① | ② | ③ | ④ |
| 7. Sinto-me satisfeito(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 8. Sinto-me com medo | ① | ② | ③ | ④ |
| 9. Sinto-me confortável..... | ① | ② | ③ | ④ |
| 10. Sinto-me uma pilha de nervos | ① | ② | ③ | ④ |
| 11. Estou descontraído(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 12. Sinto-me contente | ① | ② | ③ | ④ |
| 13. Estou preocupado(a)..... | ① | ② | ③ | ④ |
| 14. Sinto-me confuso(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 15. Sinto-me sereno(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 16. Sinto-me assustado(a)..... | ① | ② | ③ | ④ |
| 17. Sinto-me inquieto(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 18. Sinto-me perturbado(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 19. Estou relaxado(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 20. Estou tranquilo(a) | ① | ② | ③ | ④ |

STAI Forma y-2

	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
21. Sinto-me bem disposto(a)	①	②	③	④
22. Sinto-me nervoso(a) e agitado(a)	①	②	③	④
23. Sinto-me satisfeito(a) comigo mesmo(a)	①	②	③	④
24. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	①	②	③	④
25. Sinto-me um(a) "falhado(a)"	①	②	③	④
26. Sinto-me descansado(a)	①	②	③	④
27. Sou calmo(a), indiferente e sereno(a)	①	②	③	④
28. Sinto que as dificuldades se amontoam de maneira eu não consigo ultrapassá-las	①	②	③	④
29. Preocupo-me com coisas que na realidade não interessam	①	②	③	④
30. Sou feliz	①	②	③	④
31. Tenho pensamentos que me perturbam	①	②	③	④
32. Tenho falta de confiança em mim próprio(a)	①	②	③	④
33. Sinto-me seguro(a)	①	②	③	④
34. Tomo facilmente decisões	①	②	③	④
35. Sinto-me incapaz	①	②	③	④
36. Estou satisfeito(a)	①	②	③	④
37. Alguns pensamentos sem importância passam pela minha cabeça e aborrecem-me	①	②	③	④
38. Tomo as contrariedades tão a sério que não consigo deixar de pensar nelas	①	②	③	④
39. Sou uma pessoa estável	①	②	③	④
40. Quando penso nos assuntos que tenho entre mãos fico tenso(a) e a "ferver por dentro"	①	②	③	④

©Charles D. Spielberger. Tradução e adaptação de Emanuel Ponciano com permissão do autor para utilização exclusiva em investigação académica. Reprodução proibida sem autorização do autor

PARTE III – Ajudar quem ajuda a lidar com a morte de uma criança

São referidos alguns aspectos relacionados com formação, morte, morte da criança e supervisão. Leia cada item e responda de acordo com os seguintes graus de resposta.

1. Não concordo
Veemente

2. Não concordo

3. Indiferente

4. Concordo

5. Concordo
Totalmente

1. No decorrer do curso base, tive formação sobre a morte.	1	2	3	4	5
2. Fui ensinado(a) a encontrar "defesas" para me abstrair da morte de alguém.	1	2	3	4	5
3. Existe muita formação sobre a morte.	1	2	3	4	5
4. Não me interessa por formações sobre a morte.	1	2	3	4	5
5. A morte é um assunto que não me interessa.	1	2	3	4	5
6. A morte é algo a que não fico indiferente mas tento esquecer.	1	2	3	4	5
7. Sinto um falhanço pessoal quando vejo alguém morrer.	1	2	3	4	5
8. Vejo a morte como o fim de todos os sonhos e esperanças.	1	2	3	4	5
9. Apesar do sofrimento que possa trazer, a morte é uma experiência que chega a todos devido à passagem natural do tempo.	1	2	3	4	5
10. A morte é o grande mistério da vida.	1	2	3	4	5
11. A morte é uma experiência de solidão.	1	2	3	4	5
12. Tendo em conta tudo o que se vive, a morte é pouco importante.	1	2	3	4	5
13. Não sei o que dizer a uma criança que sabe que vai morrer.	1	2	3	4	5

14. Quando a família me questiona sobre a situação de uma criança que sei que vai morrer, mostro-me ocupado(a).	1	2	3	4	5
15. Sinto-me aliviado(a) quando morre um doente que sofre.	1	2	3	4	5
16. Quando uma criança está a morrer e a família não se encontra presente, tento acompanhá-la na fase final da sua vida, caso me encontre disponível.	1	2	3	4	5
17. Não sei o que dizer à família quando morre uma criança.	1	2	3	4	5
18. Escondo os meus sentimentos quando vejo uma criança a sofrer.	1	2	3	4	5
19. Tenho alguma dificuldade em lidar com a morte de uma criança.	1	2	3	4	5
20. Não consigo aproximar-me de uma criança que sei que vai morrer.	1	2	3	4	5
21. Sinto-me revoltado(a) sempre que morre uma criança.	1	2	3	4	5
22. Uma criança nunca deveria morrer.	1	2	3	4	5
23. Custa-me pensar que a criança que morre nunca vai conhecer as coisas boas que a vida	1	2	3	4	5
24. Deveria existir um enfermeiro que me ajudasse a lidar com situações de crise.	1	2	3	4	5
25. Deveria existir um enfermeiro que me ajudasse a lidar com situações específicas de	1	2	3	4	5
26. É difícil a qualquer enfermeiro ensinar a lidar com a morte.	1	2	3	4	5
27. Sinto-me inibido(a) na presença de um enfermeiro que sei que me está a supervisionar.	1	2	3	4	5
28. Só a minha experiência me pode ajudar a lidar com a morte de alguém.	1	2	3	4	5

PARTE IV – ESCALA DO MEDO DA MORTE DE COLLETT-LESTER

Lester, D. & Adbel-Khalek, A. M. (2003), Versão Portuguesa adaptada por Anabela S. Pereira, (2008)

Quanta preocupação ou ansiedade tem em relação aos seguintes aspectos da morte e processo de morrer? Leia cada item e responda rapidamente. Não fique muito tempo a pensar na resposta. Pretende-se que registre a primeira impressão que pensa neste momento. Assinale com uma cruz o número que melhor representa o que sente.

Muita	Moderada			Nenhuma
5	4	3	2	1

Em relação à sua própria morte					
1. O total isolamento da morte	5	4	3	2	1
2. A brevidade da vida	5	4	3	2	1
3. Todas as coisas que perderá ao morrer	5	4	3	2	1
4. Morrer jovem	5	4	3	2	1
5. Como será estar morto	5	4	3	2	1
6. Não poder pensar nem experimentar nada nunca mais	5	4	3	2	1
7. A desintegração do corpo	5	4	3	2	1
Em relação ao seu próprio processo e morrer					
1. A degeneração física que supõe o processo de morrer	5	4	3	2	1
2. A dor que o processo de morrer envolve	5	4	3	2	1
3. A degeneração mental do envelhecimento	5	4	3	2	1
4. A perda de faculdades durante o processo do morrer	5	4	3	2	1
5. A incerteza da coragem com que enfrentará o processo de morrer	5	4	3	2	1
6. A falta de controlo sobre o processo do morrer	5	4	3	2	1
7. A possibilidade de morrer num hospital longe dos amigos e família	5	4	3	2	1
Em relação à morte de outros					
1. A perda de uma pessoa querida	5	4	3	2	1
2. Ter que ver o cadáver	5	4	3	2	1
3. Nunca mais poder falar com eles	5	4	3	2	1
4. Lamentar não ter sido mais simpático com eles quando estavam vivos	5	4	3	2	1
5. Envelhecer sozinho sem eles	5	4	3	2	1
6. Sentir-se culpado por ficar aliviado com a sua morte	5	4	3	2	1
7. Sentir-se só sem eles	5	4	3	2	1

Em relação ao processo de morrer de outros					
1. Ter que estar com alguém que está a morrer	5	4	3	2	1
2. Ter que estar com alguém que quer falar sobre a morte consigo	5	4	3	2	1
3. Vê-lo sofrer com dores	5	4	3	2	1
4. Assistir à degeneração física do seu corpo	5	4	3	2	1
5. Não saber gerir o seu sofrimento na presença do outro	5	4	3	2	1
6. Assistir à deterioração das suas faculdades mentais	5	4	3	2	1
7. Estar consciente de que um dia também viverá esta experiência	5	4	3	2	1

Copyright © 2003 By David Lester & A. Abdel-Khalek Tradução para Portugal, 2008 Anabela S. Pereira, PhD

ANEXO 3

Cartas de autorização das instituições para aplicação do instrumento de colheita de dados



Catia Campos <catiacampos81@gmail.com>

Projecto de investigação «Relação supervisiva no processo de morte em pediatria: ajudar os que ajudam a lidar com a morte de uma criança»

1 mensagem

Secretariado do Conselho de Administração <secr-ca@chc.min-saude.pt> 30 de junho de 2009 15:33

Para: catiacampos81@gmail.com

Cc: ecastela@chc.min-saude.pt, mhestevao@chc.min-saude.pt, d.clinico@chc.min-saude.pt, lj@chc.min-saude.pt

Exm^a Senhora Enf^a Cátia Campos:

Em resposta à solicitação de V. Ex^a relativa ao projecto de investigação ««Relação supervisiva no processo de morte em pediatria: ajudar os que ajudam a lidar com a morte de uma criança»» a desenvolver no Hospital Pediátrico de Coimbra, encarrega-me o Senhor Presidente do Conselho de Administração de informar que o mesmo está autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O secretariado do conselho de administração do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E., Isabel Pereira



Catia Campos <catiacampos81@gmail.com>

Pedido de autorização para aplicação de questionário aos estudantes de enfermagem

2 mensagens

Teresa Teixeira <teresa@esenf.pt>
Para: catiacampos81@gmail.com

15 de maio de 2009 15:27

Exma. Senhora

Enf.^a Cátia Campos

Relativamente ao assunto em epígrafe, informa-se V.^a Ex.^a que o dia 22 de Junho, da parte da manhã, será o momento mais adequado para o lançamento do questionário.

Neste sentido, agradecemos a sua confirmação para preparação logística.

Com os melhores cumprimentos.

Teresa Teixeira

Coordenadora Técnica do Secretariado

Escola Superior de Enfermagem do Porto



Cátia Campos <catiacampos81@gmail.com>

Alteração - Aplicação de questionários

2 mensagens

ESS Jean Piaget/Viseu <ess.viseu@viseu.ipiaget.org>

8 de maio de 2009 08:49

Para: catiacampos81@gmail.com

Exma. Sra. Cátia Campos,

Gostaríamos que não considerasse a resposta enviada anteriormente.

Informamos que será possível a aplicação dos questionários aos alunos do 4º Ano (140), no dia 23 de Maio, dado que os mesmos estarão na Escola para uma reunião de Estágio. Para tal poderá aplicar os questionários pelas 11:30.

Com os melhores cumprimentos,

Teresa Magalhães

Secretária da Direcção da ESS Jean Piaget/ Viseu

Estrada Alto do Gaio, Galifonge

3515-776 Lordosa, Viseu

Tel. 232 910 117 Fax 232 910 197